



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA BUCAL EN EL  
CONSULTORIO DENTAL.

*Antonio Solís*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A:  
ROSA MA. SOLIS DE LEON



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.

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

EL CIRUJANO DENTISTA ES UN PROFESIONAL CAPAZ DE REALIZAR TRATAMIENTOS QUIRURGICOS DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL, AUNQUE SE HA TENIDO LA ERRONEA IDEA DE QUE LA CIRUGIA DENTAL ES UNA PARTE DE LA ODONTOLOGIA QUE DEBE SER PRACTICADA POR UN ESPECIALISTA.

ESTE ES EL MOTIVO QUE ME IMPULSO A REALIZAR ESTA TESIS, NO PARA IMPONER NUEVOS CONOCIMIENTOS, SINO PARA ENALTECER LA IMPORTANCIA DE LA CIRUGIA BUCAL EN EL CONSULTORIO DENTAL.

SI BIEN ES CIERTO QUE LA CIRUGIA ES MUY EXTENSA Y QUE EN OCASIONES ES NECESARIO UN LUGAR Y UN PROFESIONAL ESPECIALIZADO, TAMBIEN LO ES, QUE MUCHOS DE LOS TRATAMIENTOS PUEDEN REALIZARSE EN EL CONSULTORIO OBTENIENDO RESULTADOS OPTIMOS.

## CONCEPTOS GENERALES

CIRUGIA BUCAL ES UN TERMINO APLICADO A UNA ESPECIALIDAD DE LA ODONTOLOGIA, ASI COMO A UN TIPO DE SERVICIO PRESTADO A UN PACIENTE.

ESTA PRACTICA INCLUYE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LESIONES, ENFERMEDADES Y MALFORMACIONES DE LA BOCA Y DE LA MANDIBULA Y MAXILAR.

SE DEBE ESTAR CAPACITADO PARA HACER UN DIAGNOSTICO Y OPERAR A PACIENTES QUE SE ENCUENTREN CON AFECCIONES QUIRURGICAS. LA SALUD Y BIENESTAR DEL PACIENTE SIEMPRE DEBEN SER LA PRINCIPAL PREOCCUPACION DEL ODONTOLOGO.

LA CIRUGIA BUCAL ESTA EN INTIMA RELACION CON

OTRAS ESPECIALIDADES DE LA ODONTOLOGIA, COMO PU--  
DIERA SER LA EXTRACCION DE UN DIENTE INCLUIDO EL  
CUAL CAUSA MALPOSICIONES DENTARIAS Y ESTO ES DE -  
MUCHA AYUDA PARA EL ORTODONCISTA. LA PATOLOGIA BU  
CAL ES OTRA ESPECIALIDAD DENTAL QUE EXIGE INTIMA\_  
COLABORACION CON LA CIRUGIA BUCAL. LA PROSTODON -  
CIA TAMBIEN EXIGE LA COLABORACION DEL ODONTOLOGO\_  
DURANTE LA PREPARACION QUIRURGICA DE LA BASE PARA  
UNA PROTESIS.

LOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO, TALES CO  
MO EL ANALISIS DE ORINA, LOS CULTIVOS BACTERIANOS  
Y LA VALORACION HEMATOLOGICA SE DEBE REALIZAR EN  
GRAN CANTIDAD DE PACIENTES QUIRURGICOS. ESTO HACE  
QUE PUEDAN DISCUTIR DISCUSIONES MEDICODENTALES, -  
POR LO QUE TAMBIEN SE RELACIONA INTIMAMENTE CON -  
LA MEDICINA.

ES POR ESTO QUE EL CIRUJANO DENTISTA DEBE PO  
SEER CONOCIMIENTOS GENERALES Y APLICARLOS EN SU -  
PRACTICA COMO SON: LA ELABORACION DE UNA HISTORIA

CLINICA, EL CONOCIMIENTO DE ALGUNOS MEDICAMENTOS\_  
Y ANESTESICOS, ADEMAS DE SUS DIFERENTES ACCIONES\_  
QUE TIENEN EN EL ORGANISMO. TAMBIEN PUEDEN SER NE\_  
CESARIOS ALGUNOS ESTUDIOS DE LABORATORIO QUE NOS\_  
AYUDEN PARA LA ELABORACION DE UN BUEN DIAGNOSTICO  
Y TRATAMIENTO EFICAZ.

# HISTORIA CLINICA

LA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA ES UN PROCESO ORDENADO Y CRONOLOGICO EN EL QUE SE INVESTIGAN LOS ANTECEDENTES DEL PACIENTE PARA OBTENER DATOS QUE PERMITAN AL ODONTOLOGO CONOCERLO MEJOR CON DEMACIADA FRECUENCIA, ESTA FASE DE LA PRACTICA DENTAL ES DESCUIDADA. EL ODONTOLOGO ATENTO Y CUIDADOSO DETECTARA IMPORTANTES PISTAS PARA EL DIAGNOSTICO EN LA NARRACION DEL PACIENTE. ES EVIDENTE QUE RESULTA IMPOSIBLE HACER EL DIAGNOSTICO DE ALGUNA AFECCION HASTA SABER DESDE UN PRINCIPIO QUE EXISTE, POR LO QUE UNA HISTORIA CLINICA ADECUADA EN SI NO ES SUFICIENTE. EL CONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS PATOLOGICOS QUE PUEDAN PRESENTARSE EN LA CAVIDAD BUCAL ES IMPORTANTE.

LA HISTORIA COMIENZA CON EL PROBLEMA PRINCIPAL, QUE DEBERA EXPRESARSE EN LAS -

MISMAS PALABRAS DEL PACIENTE SIN AYUDA. ESTO SE CONSIDERA \_  
 COMO LA BASE DE LA HISTORIA Y CONSISTE EN UNA RELACION DE\_  
 LOS SINTOMAS PRINCIPALES.

LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD --  
 A C T U A L ES UN RELATO CRONOLOGICO DEL PROBLEMA PRINCIPAL  
 Y SUS SINTOMAS RELACIONADOS. ESTA ES, QUIZA LA PARTE MAS IM  
 PORTANTE DE LA HISTORIA POR LO QUE SE DEBERA REDOBLAR LA A  
 TENSION Y ESFUERZO. LA FECHA Y LA FORMA DE PRESENTACION DE  
 LOS SINTOMAS, ASI COMO SU DURACION Y GRAVEDAD, TAMBIEN DEBE  
 RAN SER REGISTRADOS. ASIMISMO DEBERA ESTABLECERSE LA RELA -  
 CION DE ESTOS CON OTRAS ACTIVIDADES, TALES COMO EJERCICIO -  
 ALIMENTACION, MEDICINAS Y EMOCIONES. SI EL PACIENTE HA SIDO  
 TRATADO ANTERIORMENTE DEBIDO A ESTA MISMA ENFERMEDAD PRINCI  
 PAL, EL NOMBRE DE SU MEDICO, HOSPITAL, MEDICINAS TOMADAS, \_  
 ASI COMO EL CURSO DEL TRATAMIENTO PUEDEN RESULTAR DATOS MUY  
 VALIOSOS POR LO QUE DEBERAN BUSCARSE.

LA REVISION DE LOS SISTEMAS CONSTITUYE UNA EXPLORACION



MINUCIOSA DE LA HISTORIA SISTEMÁTICA DEL PACIENTE Y SE LIMITA A CASOS EN QUE EL PACIENTE INGRESARA AL HOSPITAL.

DETALLES TAN INSIGNIFICANTES CON LA FIRMA DEL PACIENTE EN EL CUESTIONARIO PUEDEN SER IMPORTANTES. LA CALIGRAFIA IRREGULAR Y TEMBLOROSA PUEDE SEÑALAR UN TRASTORNO NERVIOSO O SENILIDAD. EL NOMBRE DEL PACIENTE PUEDE SUGERIRNOS SU ORIGEN RACIAL, LO QUE PODRIA SERVIR PARA HACER UN DIAGNOSTICO PERTINENTE A ESA RAZA. LA EDAD PUEDE CONFIRMAR UN DIAGNOSTICO DE CARIES RAMPANTE, MENOPAUSIA, SENILIDAD O ATROFIA DE HUESO ALVEOLAR. PODEMOS OBTENER ABUNDANTES DETALLES ADICIONALES HACIENDO UN ESTUDIO DETALLADO DE LA HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE.

## HISTORIA DENTAL

NOMBRE DEL DENTISTA ANTERIOR .....

DIRECCION .....

A. PADECE UD. DOLOR DE DIENTES?.....SI NO

B. SE INCRUSTA ALIMENTO ENTRE LOS DIENTES?.....SI NO

C. SANGRAN SUS ENCIAS CUANDO SE CEPILLA LOS DIENTES?..SI NO

D. RECHINA LOS DIENTES DURANTE LA NOCHE?.....SI NO

E. PADECE DOLOR EN LOS OIDOS O CERCA DE ELLOS?.....SI NO

F. ALGUNA VEZ A RECIBIDO TRATAMIENTO PERIODONTAL?.....SI NO

G. ALGUNA VEZ HA RECIBIDO INSTRUCCIONES ADECUADAS SOBRE EL

ASEO ADECUADO DE SUS DIENTES EN CASA?.....SI NO

H. TIENE USTED ZONAS DOLOROSAS Y PROTUBERANCIAS EN SU

BOCA?.....SI NO

I. FECHA APROXIMADA DE SU ULTIMA VISITA AL DENTISTA. .SI NO

## HISTORIA GENERAL DE SALUD

NOMBRE DEL MEDICO .....

DIRECCION .....

FECHA APROXIMADA DE SU ULTIMA VISITA.....

- A.- PADECE USTED EN ESTE MOMENTO GRIPE O MOLESTIAS DE .....  
 LA GARGANTA? .....SI NO
- B.\_ HA EXPERIMENTADO USTED SANGRADO ESCESIVO ALGUNA VEZ ...  
 DE HERIDAS O EXTRACCIONES? .....SI NO
- C.\_ ALGUNA VEZ LE HA DICHO UN MEDICO QUE PADECE PROBLEMAS..  
 CARDIACOS? .....SI NO
- D.\_ SE LE INFLAMAN LOS TOBILLOS CON FRECUENCIA?.....SI NO
- E.\_ CON FACILIDAD PADECE PROBLEMAS RESPIRATORIOS O FAL\_ ....  
 TA DE AIRE?.....SI NO
- F.\_ SE DESMAYA FACILMENTE? .....\_.....SI NO
- G.\_ SE AGOTA CON FACILIDAD? .....SI NO
- H.\_ PADECE PROBLEMAS ESTOMACALES?.....SI NO
- I.\_ PADECE DE LOS RIÑONES O DE LA VEJIGA? .....SI NO
- J.\_ SE LEVANTA DURANTE LA NOCHE PARA ORINAR? .....SI NO
- K.\_ PADECE DIARREA CON FRECUENCIA? .....SI NO
- L.\_ CUANDO NI:O GUARDABA CAMA DURANTE PERIODOS PROLON.....  
 GADOS? .....
- M.\_ RECIENTEMENTE HA SUBIDO O BAJADO DE PESO?.....SI NO

N. EN ESTE MOMENTO SE ENCUENTRA TOMANDO ALGUN .....  
 MEDICAMENTO?.....SI NO  
 CUAL? .....

P. DIGA SI HA PADECIDO:

ASMA.....SI NO PRESION ALTA.....SI NO  
 FIEBRE REUMATICA.....SI NO ANEMIA.....SI NO  
 ESCARLATINA.....SI NO DIABETES .....SI NO  
 PULMONIA.....SI NO PROBLEMAS RENALES.....SI NO  
 TUBERCULOSIS.....SI NO ALERGIAS.....SI NO  
 PROBLEMAS CARDIACOS...SI NO NERVIOSISMO.....SI NO

Q. DIGA SI HA TOMADO:

CORTIZONA.....SI NO ESTEROIDES.....SI NO

R. LESIONES Y OPERACIONES:

TRATAMIENTO.....  
 HOSPITAL.....

S. IRRADIACION PREVIA DE CUELLO O CABEZA.....SI NO

T. MUJERES:

ESTA EMBARAZADA?.....SI NO

## ESTUDIOS DE LABORATORIO

EL DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO PUEDEN REQUERIR VARIAS PRUEBAS DE LABORATORIO, YA SEA PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO CON PRECISION O PARA ELEGIR EL TRATAMIENTO MAS EFICAZ. ESTO SE PUEDE DETERMINAR EN BASE A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE. LOS DATOS DE LABORATORIO QUE EL ODONTOLOGO SUELE NECESITAR PARA EL EXAMEN COMPLETO DE SUS PACIENTES SON:

- 1.- RADIOGRAFIAS.
- 2.- EXAMEN DE LOS TEJIDOS.
- 3.- BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA.
- 4.- PRUEBAS DE COAGULACION SANGUINEA.
- 5.- INDICE DE SEDIMENTACION DE ERITROCITOS.
- 6.- ANALISIS DE ORINA.
- 7.- FROTIS Y CULTIVOS BACTERIOLOGICOS.
- 8.- QUIMICA SANGUINEA.
- 9.- SIGNOS VITALES.
- 10.- ELECTROCARDIOGRAMA.

## 1.- RADIOGRAFIAS.

QUIZA ES EL AUXILIAR DE LABORATORIO QUE EL ODONTOLOGO UTILIZA MAS FRECUENTEMENTE. LA RADIOGRAFIA PERIAPICAL ES LA MAS PRECISA, POR LO QUE ES INDISPENSABLE CON LAS ESTRUCTURAS DENTARIAS Y OSEAS.

ES DE SUMA IMPORTANCIA LA INTERPRETACION DE LA RADIOGRAFIA CONOCER LO NORMAL Y BUSCAR LA REPRODUCCION DE ESTOS DATOS NORMALES.

LA EXTRACCION QUIRURGICA SIEMPRE DEBERA SER PRECEDIDA POR UNA RADIOGRAFIA RECIENTE Y CLARA. SE DEBEN OBSERVAR EN LA RADIOGRAFIA TODO EL DIENTE Y SUS TEJIDOS CIRCUNDANTES. LAS RADIOGRAFIAS OCLUSALES SE EMPLEAN PARA SEÑALAR LA PRESENCIA DE CALCULOS SALIVALES, DIENTES SUPERIORES INCLUIDOS Y ALGUNOS QUISTES MAXILARES.

## 2.- EXAMEN DE LOS TEJIDOS.

SE REALIZA GENERALMENTE DESPUES DE UNA BIOPSIA E INCLUYE UNA INTERPRETACION MACROSCOPICA Y MICROSCOPICA. EL DIAG-

NOSTICO DE CANCER ES MAS IMPORTANTE QUE CUALQUIERA OTRA ENFERMEDAD CON LA QUE PUDIERA CONFUNDIRSE. SOLO PUEDE HACERSE UN DIAGNOSTICO POSITIVO BASADO EN UN CORTE HISTOLOGICO.

### 3.-BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA.

PROPORCIONA DATOS MUY IMPORTANTES AL TRATAR Y DESCARTAR CIERTAS ENFERMEDADES GENERALES QUE PUEDEN CAUSAR LESIONES BUCALES. SE DEBE TENER CONOCIMIENTO DE LOS VALORES NORMALES, ASI COMO LAS VARIACIONES PATOLOGICAS DE LAS ENFERMEDADES COMUNES.

LA BIOMETRIA HEMATICA SISTEMATICA INCLUYE EL RECUENTO DEL NUMERO TOTAL DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS POR CENTIMETRO CUBICO DE UN FROTIS SANGUINEO, ASI COMO LA EVALUACION DE LA HEMOGLOBINA.

### 4.- PRUEBAS DE COAGULACION SANGUINEA.

SE SUELEN SOLICITAR CON FRECUENCIA EN FORMA SISTEMATICA LOS TIEMPOS DE SANGRADO Y COAGULACION. LA RETRACCION DEL COAGULO, CUENTA DE PLAQUETAS, PRUEBAS DE TORNIQUETE, TIEMPO

DE PROTROMBINA Y TIEMPO DE PROTROMBINA PLASMÁTICA SON PRUEBAS DE LABORATORIOS ADICIONALES QUE PUEDEN AYUDAR A ESTABLECER LA ETIOLOGÍA EN UNA PREDISPOSICIÓN HEMORRÁGICA.

#### 5.- INDICE DE SEDIMENTACION DE ERITROCITOS.

LA MAGNITUD DE LA SEDIMENTACION, QUE ES UN INDICADOR GENERAL DE ENFERMEDAD Y UN METODO PARA LA VIGILANCIA SISTEMÁTICA DEL PROGRESO DE LA MISMA. AUNQUE LA PRUEBA ES INESPECÍFICA, EL INDICE DE SEDIMENTACION AUMENTA CUANDO EXISTE INFLAMACION, DEGENERACION TISULAR, SUPURACION Y NECROSIS.

#### 6.- ANALISIS DE ORINA.

DEBERA SER LA PRIMERA ORINA AL DESPERTAR LA QUE SE EMPLEE PARA EL EXAMEN, SE DEBE DETERMINAR EL COLOR Y LA CLARIDAD, EL PH, GRAVEDAD ESPECÍFICA, ALBUMINA Y AZUCAR MEDIANTE PRUEBAS ESPECIALES. EL EXAMEN MICROSCÓPICO DETERMINARA LA PRESENCIA DE SEDIMENTACION TAL COMO CILINDROS, CELULAS Y MICROORGANISMOS. LA PRESENCIA DE ALBUMINA O AZUCAR SON DATOS SIGNIFICATIVOS QUE SUGIEREN ENFERMEDAD RENAL O DIABETES, - RESPECTIVAMENTE. NUNCA SE DEBE HACER UN DIAGNOSTICO DEFINITIVO EN BASE A UN SOLO ANALISIS DE ORINA, EL QUE ÚNICAMENTE



DEBERA INDICAR LA NECESIDAD DE EVALUACION Y CONSULTAS ADICIONALES.

#### 7.- FROTIS Y CULTIVOS BACTERIOLOGICOS.

SE UTILIZA EL SERVICIO BACTERIOSCOPICO PRINCIPALMENTE PARA LA IDENTIFICACION DE MICROORGANISMOS CAUSANTES DE UNA INFECCION DADA. SE REMITE UN FROTIS O UN HISOPO CON EL MATERIAL MAS VIRULENTO PARA SU EXAMEN; SUELE PEDIRSE IDENTIFICACION DE MICROORGANISMOS Y SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIOTICOS. SI PUEDE IDENTIFICARSE EL ORGANISMO ESPECIFICA, PUEDE ANTICIPARSE LA REACCION CLINICA. LA SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIOTICOS AYUDA PARA RECETAR EL ANTIBIOTICO ADECUADO ASI COMO SU DOSIFICACION Y DURACION.

EN MUCHOS CASOS SON NECESARIOS LOS CULTIVOS DE SANGRE PARA DESCUBRIR LA PRESENCIA DE BACTERIAS. LA SANGRE SE OBTIENE DE LA MISMA FORMA QUE CUALQUIER OTRA PUNCION VENOSA, HACIENDO ESPECIAL MENCION EN LA ASEPSIA.

#### 8.- QUIMICA SANGUINEA.

EL ANALISIS QUIMICO DE LA SANGRE, TEJIDOS Y LIQUIDOS

CORPORALES SE HA CONVERTIDO AHORA EN ASUNTO DE BUENA PRACTICA MEDICA.

LA GLUCOSA EN LA SANGRE ES UN METODO COLORIMETRO QUE SIRVE PRINCIPALMENTE COMO PRUEBA PARA LA DIABETES. LAS VARIACIONES NORMALES SON DE 80 A 120 MG. POR 100 ML. LOS NIVELES DE GLUCOSA EN LA SANGRE AUMENTAN EN LA DIABETES SACARINA, A CROMEGALIA, TUMORES ADRENALES, ANOXIA, LESIONES CEREBRALES Y DISFUNCIONES HEPATICAS. LOS NIVELES DISMINUYEN EN HIPOTIROIDISMO E HIPOPIUITARISMO. CUANDO LOS NIVELES DE GLUCOSA EN LA SANGRE SE ENCUENTREN FUERA DE LOS LIMITES ACEPTADOS DEBERA PEDIRSE UNA PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA.

LOS NIVELES NORMALES DE CALCIO EN LA SANGRE SON DE 9 A 11.5 MG. POR 100 ML. PUEDEN ANTICIPARSE ELEVACIONES CUANDO EXISTA ACTIVIDAD OSTEOCLASTICA EXCESIVA; ESTE ES EL CASO ESPECIALMENTE EN EL HIPERPARATIROIDISMO Y EN LA HIPERVITAMINOSIS D.

LAS INDICACIONES PARA SOLICITAR DATOS SOBRE LOS NIVELES DE FOSFORO EN LA SANGRE SON SIMILARES A LAS DE CALCIO EN LA MIS

MA. ESTOS NIVELES AUMENTAN EN LA NEFRITIS, HIPERPARATIROIDISMO Y METASTASIS OSEA.

#### 9.- SIGNOS VITALES.

LA TEMPERATURA, PULSO, RESPIRACION Y PRESION ARTERIAL SUELEN SER DESCUIDADOS CON FRECUENCIA AL EVALUAR AL PACIENTE DENTAL. EL ODONTOLOGO DEBERA POSEER HABILIDAD PARA DETERMINAR EL PULSO, LO QUE PUEDE HACERSE CON FACILIDAD. LA TEMPERATURA POSQUIRURGICA DEBE SER REGISTRADA SISTEMATICAMENTE POR LA ENFERMERA O LA ASISTENTE; SE PUEDE UTILIZAR CON FRECUENCIA COMO UN INDICADOR DEL MOMENTO EN QUE DEBAN EMPLEARSE LOS ANTIBIOTICOS Y OTRO TRATAMIENTO NECESARIO SI EXISTE ALGUNA INFECCION. EN ALGUNOS PACIENTES ES NECESARIO DETERMINAR LA PRESION ARTERIAL ANTES DE CUALQUIER TRABAJO DENTAL. LOS PACIENTES CON ALGUNA ENFERMEDAD GENERAL CONOCIDA QUE AFECTE EL SISTEMA CIRCULATORIO, ASI COMO INDIVIDUOS DE EDAD AVANZADA DEBERAN SER EXAMINADOS, REGISTRANDO SU PRESION ARTERIAL BASICA, ANTES DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS O ANESTESIA, O ANTES DE INICIAR PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS QUE PROVOQUEN TENSION.

#### 10.- ELECTROCARDIOGRAMA.

REGISTRA LAS FASES SUCESIVAS DEL CICLO CARDIACO. PERMITE OBSERVAR LOS CAMBIOS EN EL SISTEMA DE CONDUCCION, ENFERMEDAD DEL MUSCULO CARDIACO, INFARTO AGUDO Y TENSION EN CUALQUIERA DE LAS CAVIDADES DEL CORAZON.

LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ES UNA CAUSA PRINCIPAL DE MUERTE POR LO QUE ESTE EXAMEN EN PARTICULAR SE EMPLEA MUCHO ESPECIALMENTE EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS DE EDAD.

ESTOS PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS ALCANCES DE TODO ODONTOLOGO. EL DEPENDER SOLO DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO PUEDE SER CAUSA DE GRANDES ERRORES: UN RESULTADO EN PARTICULAR PUEDE NO SER VERAZ POR LO QUE SERA NECESARIO RECONOCER LA NECESIDAD DE REPETIR UNA PRUEBA DETERMINADA. ADENAS LAS PRUEBAS DE LABORATORIO NO SOLAMENTE SON CARRAS SINO QUE RESTAN TIEMPO AL ODONTOLOGO, EL QUE PODRIA EMPLEARSE PARA PROBLEMAS MAS URGENTES. POR ESTA RAZON NINGUNA PRUEBA DE LABORATORIO DEBERA USARSE EN SUSTITUCION DE UN EXAMEN FISICO O DE UNA CONSULTA MEDICA, SIEMPRE SE HACE EL EXAMEN DIRECTO DEL PACIENTE; LOS EXAMENES DE LABORATORIO SO

LAMENTE SE HACEN ALGUNAS VECES.

EL ODONTOLOGO Y EL MEDICO DEBERAN COMPRENDER LA NECESIDAD DE COMUNICARSE ENTRE SI AL TRATAR LOS PROBLEMAS MUTUOS DE SUS PACIENTES. GRAN PARTE DE LOS INFORMES OBTENIDOS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO SE EMPLEARAN PARA LA DISCUSION CON EL MEDICO DEL PACIENTE. NUESTRA LABOR SERA DISCUTIR ESTOS DATOS CON INTELIGENCIA Y UTILIZAR LA INFORMACION SABIA-MENTE.

#### CIFRAS NORMALES

##### SANGRE:

VOLUMEN.....	7 A 9% DEL PESO CORPORAL
PH.....	7.35 A 7.45

##### CELULAS:

ERITROCITOS.....	4,500,000 A 5,000,000/MM <sup>3</sup>
LEUCOSITOS.....	5,000 A 10,000 /MM <sup>3</sup>

## POLIMORFONUCLEARES: (CONTINUACION)

NEUTROFILOS.....	60 A 70 %
LINFOCITOS.....	25 A 33%
MONOCITOS.....	2 A 6 %
EOSINOFILOS.....	1 A 3 %
BASOFILOS.....	0.25 A 0.5 %
PLAQUETAS.....	200,000 A 400,000/MM <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA.....	14 A 16 G/100 CC.
HEMATOCRITO (HOMBRES)...	47% 7%
HEMATOCRITO (MUJERES)...	42% 5%
TIEMPO DE SANGRADO.....	1 A 3 MINUTOS.
TIEMPO DE COAGULACION...	3 A 5 MINUTOS.
TIEMPO DE PROTOMBINA....	10 A 15 SEGUNDOS.
GLUCOSA.....	80 A 120 MG/100 CC.
NITROGENO NO PROTEICO...	25 A 38 MG/100 CC.
NITROGENO UREICO EN SANGRE	8 A 20 MG/100 CC.

## ORINA:

CANTIDAD MEDIA EN 24 HRS.

1.200A 1.500 CC.

COLOR.....	AMARILLO PALIDO O AMBAR.
DENSIDAD.....	1.005 A 1.022
PH.....	4.7 A 8.0
REACCION.....	LIGERAMENTE ACIDA
CONSTITUYENTES INORGANICOS..G/24 HORAS DE LA MUESTRA:	
CALCIO.....	0.1 A 0.2 G
CLORUROS.....	10.0 A 15.0 G.
FOSFATOS.....	2.0 A 4.0
SODIO.....	3 A 5 G.
CONSTITUYENTES ORGANICOS...G/24 HORAS DE LA MUESTRA:	
UREA.....	20.0 A 30.0 G.
ACIDO URICO.....	0.6 A 0.75 G.
CREATININA.....	0.3 A 0.45 G.
ALBUMINA.....	NEGATIVO O VESTIGIOS.
GLUCOSA.....	NEGATIVO O VESTIGIOS.
ACETONA.....	NEGATIVO.

## ANESTESICOS

LA CIRUGIA DEBE EMPLEAR, PARA EL TRATAMIENTO DE LAS AFECIONES QUE PROVOCAN DOLOR, DISTINTAS MANIOBRAS. ESTA SUPRESION DEL DOLOR, UNA DE LAS MAYORES CONQUISTAS DE LA HUMANIDAD SE LOGRA GRACIAS A LA ANESTESIA. ESTE TERMINO ES UTILIZADO PARA DESIGNAR EL PROCEDIMIENTO REALIZADO PARA SUPRIMIR EL DOLOR, PERO TAMBIEN SIGNIFICA PERDIDA TOTAL O PARCIAL DE LAS DISTINTAS FORMAS DE SENSIBILIDAD.

LA ANALGESIA ES SIN DUDA ALGUNA, PRIMORDIAL EN CIRUGIA BUCAL, ESTO ES, CESACION DEL DOLOR EN QUE SE CONSERVE LA CONCIENCIA.

NOVOCAINA.

SE PRESENTA COMO UN POLVO BLANCO CRISTALINO FACILMENTE SOLUBLE EN AGUA. NO ES TOXICA NI IRRITANTE PARA LOS TEJIDOS PUEDEN EMPLEARSE GRANDES DOSIS SIN QUE APAREZCAN EFECTOS DAINOS, HABIENDOSE INYECTADO EN EL CUERPO SIN PERJUICIO, DO-



SIS DE 0.5, 1 Y 1.5 G. EN RELACION CON LA COCAINA, LA NOVOCAINA ES SIETE VECES MENOS TOXICA.

LA NOVOCAINA EN CIRUGIA BUCAL, SE EMPLEA EN SOLUCIONES DE 2 Y 4 %. LA PRIMERA ES LA MAS COMUNMENTE USADA. PUEDEN INYECTARSE CANTIDADES RELATIVAMENTE ALTAS, COMO 25 Y 30 ML. DE SOLUCION AL 2%.

LA NOVOCAINA DEVE EMPLEARSE CON EL AGREGADO DE ADRENALINA; LA CUAL REFUERZA SU ACCION ANESTESICA.

ADRENALINA. (EPINEFRINA, SUPRARENINA).

EN SU ESTADO NATURAL, ES UN PRODUCTO SEGREGADO POR LA MEDULA SUPRARRENAL.

SU ACCION FARMACOLOGICA ES VARIA. DESDE EL PUNTO DE VISTA TERAPEUTICO INTERESA SU NOTABLE ACCION CONSTRICTORA SOBRE LOS CAPILARES SANGUINEOS; AL SER INYECTADA JUNTO CON LA NOVOCAINA POR ESTE EFECTO VASOCONSTRICTOR SE REDUCE LA CIRCULACION LOCAL, CON LO CUAL SE PROLONGA LA ACCION DE LA

## SOLUCION ANESTESICA.

### COBRASIL.

LA ADRENALINA TIENE EFECTOS TOXICOS SOBRE EL ORGANISMO ESPECIALMENTE EN CIERTOS PACIENTES, LA ADMINISTRACION DE LA ADRENALINA COMO COADYUVANTE DE LA ANESTESIA, PRODUCE FENOMENOS INTENSOS DE DISTINTA INDOLE.

LAS MODIFICACIONES DE TENSION QUE SE PRODUCEN CON LA ADRENALINA COMO COADYUVANTE DE LA ANESTESIA, PRODUCE FENOMENOS QUE NO TIENEN LUGAR CON EL COBRASIL.

### MONOCAINA.

ES UN PRODUCTO INTRODUCIDO EN LA PRACTICA QUIRURGICA.-  
POLVO BLANCO CRISTALINO, SOLUBLE EN AGUA AL 3 %. POSEE UNA ACCION SINERGICA CON LA EPINEFRINA, DE MANERA QUE PUEDEN EMPLEARSE DOSIS MENORES DE ADRENALINA. POR SU MENOR DOSAJE EN ADRENALINA TIENE APLICACION AUN EN AQUELLOS CASOS EN QUE ESTA DROGA DEBA ADMINISTRARSE CON CIERTAS PRECAUCIONES.

**XYLOCAINA.**

ES EL NOMBRE REGISTRADO DE LA LIDOCAINA, ENERGICO PRODUCTO ANESTESICO DE RECIENTE DESCUBRIMIENTO.

SU VENTAJA RESIDE EN LA POCA CANTIDAD QUE SE NECESITA PARA ALCANZAR GRANDES NIVELES ANESTESICOS Y EN LA DURACION DE LA ANESTESIA.

A). LA XYLOCAINA-ADRENALINA 1:80.000 AL 2 % ES UN ANESTESICO LOCAL EFICAZ PARA USO EN CIRUGIA DENTARIA Y ORAL MENOR.

B). EL COMIENZO DE LA ANESTESIA LUEGO DE LA INYECCION DE XYLOCAINA ES RAPIDO.

C). EMPLEANDO EL DOSAJE ESTABLECIDO, LOS EFECTOS SECUNDARIOS Y POSTERIORES SON EXTREMADAMENTE RAROS.

D). LA APLICACION DE XYLOCAINA-ADRENALINA 1:80.000 AL 2% EN LA MUCOSA BUCAL PRODUCE ANESTESIA SUPERFICIAL.

LOS PRODUCTOS PARA REALIZAR LAS ANESTESIAS LOCALES ( O  
TRONCULARES ) DEBEN IR DISUELTOS EN UN VEHICULO APROPIADO ,  
QUE PUEDE SER EL SUERO FISIOLÓGICO NORMAL U OTRAS SOLUCIO--  
NES QUE TENGAN UNA CONDICION FUNDAMENTAL: SER ISOTONICAS --  
CON LAS CELULAS EN CUYA VECINDAD VAN INYECTADAS.

## ANTIBIOTICOS

LOS ANTIBIOTICOS SON SUSTANCIAS QUIMICAS PRODUCIDAS -- POR LOS MICROORGANISMOS Y QUE TIENEN LA CAPACIDAD, EN SOLUCIONES DILUIDAS DE INHIBIR EL CRECIMIENTO Y AUN DESTRUIR OTROS MICROORGANISMOS.

### DIAGNOSTICO.

LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO SON DE MUCHA AYUDA, PERO - EL TRATAMIENTO DE LOS CASOS AGUDOS DEBE SER ADMINISTRADO INMEDIATAMENTE. EN ESOS CASOS, EL ANTIBIOTICO DE ACCION SERA EL QUE SEA EFECTIVO IGUALMENTE CONTRA LOS PATOGENOS DE LA CAVIDAD BUCAL.

### ELECCION DEL ANTIBIOTICO.

EL ANTIBIOTICO IDEAL, SERA EL QUE ACTUE CONTRA TODOS - LOS PATOGENOS, DEJANDO LOS NO PATOGENOS Y LAS CELULAS NORMALES SIN CAMBIOS, Y SEA EFECTIVO EN MINIMA CONCENTRACION SIN EFECTOS LOCALES O SISTEMICOS COLATERALES.

LA MAYOR PARTE DE LOS PATOGENOS DE LA CAVIDAD BUCAL --  
SON GRAM POSITIVOS, EL ANTIBIOTICO DE ELECCION PROBABLEMEN-  
TE SERA:

A.- PENICILINA. SI NO ESTA CONTRAINDICADA POR ANTECE -  
DENTES ALERGICOS O POR SENSIBILIDAD ESPECIFICA AL AGENTE.

B.- ERITROMICINA.

C.- TETRACICLINA.

EL ESPECTRO DE LOS AGENTES ES TAL QUE SERAN EFECTIVOS\_  
PROBABLEMENTE CONTRA LA MAYOR PARTE DE LOS PATOGENOS QUE SE  
ENCUENTREN EN LA CAVIDAD ORAL.

DOSIS.

LA DOSIS ES LA QUE PRODUSCA UN NIVEL TERAPEUTICO DEL -  
ANTIBIOTICO EN EL PLASMA SANGUINEO Y SUERO, Y TAMBIEN EN EL  
SITIO DEL PROCESO PATOLOGICO. SI EL PATOGENO ES SENSIBLE --  
DEL ANTIBIOTICO QUE ESTA SIENDO UTILIZADO, EL TERMINO MEDIO  
DE LA DOSIS DIARIA RECOMENDADA SERA LO ADECUADO EN LA MAYO-  
RIA DE LOS CASOS. '

#### DURACION DEL TRATAMIENTO.

MUCHOS DE LOS AGENTES ANTIBIOTICOS SON BACTERIOSTATI -  
COS Y MUCHOS MATAN LAS BACTERIAS SOLAMENTE DURANTE EL PERIO -  
DO DE MULTIPLICACION ACTIVA, EL TRATAMIENTO DEBE CONTINUAR -  
SE POR UN TIEMPO DESPUES DE QUE EL CURSO CLINICO -  
PAREZCA MEJORAR. EN LA MAYOR PARTE DE LAS CONDICIONES QUE -  
SE HALLAN EN LA PRACTICA DENTAL, LA ADMINISTRACION DE LAS -  
DROGAS DEBERA CONTINUARSE POR LO MENOS 48 HORAS DESPUES DEL  
PERIODO AGUDO, O A CONTINUACION DE UNA INTERVENICION QUIRUR -  
GICA CUANDO FUE USADO PROFILACTICAMENTE.

#### ADMINISTRACION.

EL ANTIBIOTICO SERA ADMINISTRADO DE MANERA QUE PROPOR -  
CIONE UN NIVEL TERAPEUTICO SOSTENIDO EN LA ZONA BAJO TRATA -  
MIENTO. LA TERAPEUTICA SISTEMICA ES POR LO COMUN PREFERIBLE  
EXCEPTO EN LAS INFECCIONES MUY SUPERFICIALES QUE NO PRODUS -  
CAN SINTOMAS CONSTITUCIONALES.

#### MECANISMO DE ACCION.

COAGULACION PROTEICA. ESTE MODO DE ACCION ES COMUN A -

LA DE LOS VENENOS PROTOPLASMATICOS CON EL FENOL, ALCOHOL, -  
ETC.

RUPTURA DE LA MEMBRANA CELULAR. LA ALTERACION DE LA -  
PERMEABILIDAD DE LA MEMBRANA CELULAR POR UN AGENTE ANTIBIO-  
TICO PUEDE IMPEDIR LA FORMACION DE ALGUNOS DE LOS COMPUES -  
TOS ORGANICOS NECESARIOS PARA LA REPRODUCCION.

ACCION COMPETITIVA. ALGUNAS DE LAS SULFONAMIDAS PODRAN  
REEMPLAZAR LOS COMPUESTOS ORGANICOS NECESARIOS PARA LA RE -  
PRODUCCION CELULAR.

PENICILINA.

LA PENICILINA PUEDE SER DIVIDIDA EN DOS GRUPOS:

1.- PENICILINAS DE APARICION NATURAL. ENTRE ELLAS, LA  
PENICILINA G Y LA PENICILINA V SON LAS QUE SE UTILIZAN CON  
MAYOR FRECUENCIA.

2.- PENICILINAS SEMISINTETICAS. SE ENCUENTRAN LOS COM-  
PUESTOS QUE NO SON INACTIVADOS POR LA PENICILINA ESTAFILOCO  
CICA.



SE USAN EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES ESTAFILOCOCCICAS RESISTENTES. EN ESTE GRUPO ESTAN LA OXACILINA, LA METICILINA Y LA FENETICILINA. LA FENETICILINA TIENE UN ESPECTRO CASI SIMILAR A LA PENICILINA V Y PUEDE SER UTILIZADA EN LAS MISMAS SITUACIONES CLINICAS. LA OXACILINA Y LA METICILINA -- TIENEN UN RELATIVO Y ESTRECHO MARGEN DE ACTIVIDAD ANTIBACTERIANA, PERO SON EFECTIVAS CONTRA ESTAFILOCOCCOS RESISTENTES\_ A OTROS A TIPOS DE PENICILINA.

ESPECTRO. - LA PENICILINA DE APARICION NATURAL SON EFECTIVAS CONTRA LA MAYORIA DE LOS COCCOS GRAM POSITIVOS, ALGUNOS GRAM NEGATIVOS, NEISSERIA Y ALGUNAS ESPIROQUETAS, INCLUSO LA ENCONTRADA EN LA INFECCION DE VINCENT.

LOS COMPUESTOS SEMISINTETICOS SON EFECTIVOS CONTRA MUCHAS CEPAS DE ESTAFILOCOCCOS PRODUCTORES DE LA PENICILINA Y SU USO EN GENERAL DEBERIA RADICARSE EN ESTA ZONA.

ACCION.- LA ACCION BACTERICIDA O BACTERIOSTATICA DEPENDE DE SU CONCENTRACION EFECTIVA SOLAMENTE CONTRA ORGANISMOS DE RAPIDA REPRODUCCION.

DOSIS.- EN EL ADULTO, LA DOSIS MEDIA ES DE 600.000 A 1.200.000 UNIDADES POR DIA. CUANDO SEA NECESARIO, SE PODRAN ADMINISTRAR DOSIS MAYORES CON POCO PELIGRO DE TOXICIDAD. LA DOSIS MEDIA EN EL ADULTO ( PENICILINA V ) ES DE 125 A 250 - MG. CUATRO VECES AL DIA. ESTA DOSIS SE USA EN LAS PENICILINAS SEMISINTETICAS.

ADMINISTRACION.- LA PENICILINA PUEDE SER ADMINISTRADA POR VIA ORAL, INTRAMUSCULAR O ENDOVENOSA. PUEDEN ALCANZARSE NIVELES SANGUINEOS ADECUADOS SI SE ADMINISTRA PENICILINA V POR VIA ORAL. PARA LA MAYORIA DE LOS PACIENTES QUE NO ESTAN GRAVEMENTE ENFERMOS, ESTE ES PROBABLEMENTE EL METODO MAS ACEPTABLE DE ADMINISTRACION.

PRECAUCIONES.- LA PENICILINA ES EL ANTIBIOTICO QUE CON MAYOR FRECUENCIA PRODUCE REACCIONES DESFAVORABLES. ESTAS SON, ANTE TODO, LAS DE NATURALEZA ALERGICA, Y SU GRAVEDAD PUEDE VARIAR DESDE LA SIMPLE ERUPCION HASTA EL COLAPSO GENERALIZADO VASOMOTOR Y RESPIRATORIO. DEBEN EMPLEARSE LAS SIGUIENTES PRECAUCIONES.

1.- NO ADMINISTRAR A UN PACIENTE QUE TENGA HISTORIA DE ALERGIA O A QUIEN HAYA REACCIONADO DESFAVORABLEMENTE A LA DROGA. PACIENTES CON HISTORIA DE ASMA, FIEBRE DE HENO, U OTRAS ALERGIAS, SON MAS APTOS PARA TENER UNA REACCION DE SENSIBILIDAD A LA PENICILINA. PACIENTES QUE HAN SUFRIDO INFECCIONES FUNGICAS O REPETICION PUEDEN TENER SENSIBILIDAD CRUZADA A LA PENICILINA.

2.- ESTAR PREPARADO PARA TRATAR AL PACIENTE DE MANERA RAPIDA Y CONVENIENTE EN EL CASO DE UNA RESPUESTA ANAFILACTOIDEA.

3.- LA PENICILINA INYECTABLE PUEDE UTILIZARSE PARA NEUTRALIZAR LA PENICILINASA. HAY QUE HACERLO CON CUIDADO, YA QUE SE HAN COMUNICADO ALGUNAS RESPUESTAS ALERGICAS SEVERAS A LA PENICILINASA MISMA. TEORICAMENTE, LA PENICILINASA ACTUARA SIN NEUTRALIZAR EL EFECTO DE AQUELLOS COMPUESTOS PENICILINICOS SEMISINTETICOS QUE NOSON INACTIVADOS POR LA PENICILINASA.

**ESTREPTOMICINA.**

**ESPECTRO.-** EFECTIVA CONTRA EL BACILO TUBERCULOSO Y MUCHOS ORGANISMOS GRAM NEGATIVOS.

**ACCION.-** BACTERICIDA.

**DOSIS.-** LA DOSIS MEDIA EN EL ADULTO ES DE 1 A 2 G. POR DIA DIVIDIDA EN DOSIS IGUALES.

**ADMINISTRACION.-** MAS EFECTIVA POR VIA INTRAMUSCULAR.

**PRECAUCIONES.** HAY POCAS INDICACIONES EN LA PRACTICA DENTAL PARA EL TRATAMIENTO CON ESTREPTOMICINA, EXCEPTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES TUBERCULOSAS Y, COMBINADA CON LA PENICILINA, PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES TUBERCULOSAS Y, COMBINADA CON LA PENICILINA, PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS BACTERIAL SUBAGUDA CAUSADA POR EL

### ESTREPTOCOS VIRIDANS.

LA DROGA ES TOXICA PARA EL SISTEMA AUDITIVO Y LOS ORGANISMOS DESARROLLAN UNA RESISTENCIA MUY RAPIDA A ELLA EN TODOS LOS NIVELES. LA ESTREPTOMICINA HA SIDO UTILIZADA JUNTO CON LA PENICILINA PARA EL TRATAMIENTO DE CIERTAS INFECCIONES MIXTAS. SIN EMBARGO, DESDE EL ADVENIMIENTO DE NUEVOS ANTIBIOTICOS, ESTO NO ES MUY NECESARIO, SALVO EN RARAS CIRCUNSTANCIAS.

### DERIVADOS DE LA TETRACICLINA.

ESPECTRO.- EFECTIVA CONTRA ORGANISMOS GRAM POSITIVOS Y GRAM NEGATIVOS, ASI TAMBIEN COMO EN LAS RICKETTSIAS Y EN ALGUNOS DE LOS GRANDES VIRUS. A ESTAS DROGAS SE LES DENOMINA COMUNMENTE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO:

ACCION.- LA ACCION DE ESTAS DROGAS SE CONSIDERA EN GE-

NERAL BACTERIOSTATICA.

DOSIS.- LA DOSIS MEDIA PARA EL ADULTO ES DE 250 MG. CA  
DA 6 HORAS. LA DOSIS PARA NIÑOS PUEDE SER CALCULADA EN 4 A  
5 MG. POR LIBRA DE PESO CORPORAL, DIVIDIDA EN CUATRO DOSIS\_  
IGUALES EN LAS 24 HORAS.

ADMINISTRACION.- LA VIA PRINCIPAL DE ADMINISTRACION ES  
LA ORAL. EN CIRCUNSTANCIAS OBLIGADAS, LAS DROGAS PUEDEN UTI  
LIZARSE POR VIA ENDOVENOSA. LA TETRACICLINA DEBE PREFERIRSE  
A LA OXITETRACICLINA O A LA CORTETRACICLINA, YA QUE ES UN -  
COMPUESTO MAS ESTABLE.

PRECAUCIONES.- LOS DERIVADOS TETRACICLINICOS ELIMINAN\_  
MUCHA FLORA INTESTINAL NORMAL, ESTO DESTRUYE EL DELICADO BA  
LANCE BACTERIANO Y A VECES PERMITE EL DESARROLLO DE ESTAFI-  
LOCOCOS RESISTENTES. SI DESPUES DEL TERCER DIA DE TRATAMIE  
NTO APARECE UN TRANSTORNO GASTROINTESTINAL SEVERO, ES PRECI-  
SO INTERRUMPIR LA DROGA INMEDIATAMENTE. LA ABSORCION DEL --

COMPLEJO VITAMINICO B ESTA TAMBIEN AFECTADO, Y ES PRUDENTE SUPLEMENTAR LA INGESTION DE VITAMINAS DURANTE LA TERAPEUTICA CON TETRACICLINAS.

**ERITROMICINA.**

**ESTPECTRO.-** EFECTIVA CONTRA ORGANISMOS GRAM POSITIVOS. ESTA DROGA TIENE ESENCIALMENTE EL MISMO ESPECTRO QUE LA PENICILINA Y PUEDE SER UTIL CONTRA ALGUNOS ESTAFILOCOCCOS PENICILINORESISTENTES.

**ACCION.** BACTERIOSTATICO A LAS DOSIS HABITUALES. EN GRANDES DOSIS PUEDE PRODUCIR ACTIVIDAD BACTERICIDA.

**DOSIS.-** LA DOSIS MEDIA PARA EL ADULTO ES DE 250 MG. CADA 6 HORAS.

**ADMINISTRACION.-** EL METODO PRIMITIVO DE ADMINISTRACION ES POR VIA ORAL.

**PRECAUCIONES.-** SE HAN OBSERVADO ALGUNOS CASOS DE TRANSORNOS GASTROINTESTINALES, PERO OCURREN RARA VEZ.

CLORAMFENICOL.( CLOROMICETINA ).

ESPECTRO.- LA CLOROMICETINA ES UN ANTIBIOTICO DE AMP--  
PLIO ESPECTRO SEMEJANTE AL DE LA TETRACICLINA. LA CLOROMICETINA ES GENERALMENTE EFECTIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA. LA DROGA TAMBIEN TIENE LA PROPIEDAD DE ATRAVESAR LAS MEMBRANAS QUE ENVUELVEN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ACCION.- ESTA DROGA SE CONSIDERA BACTERIOSTATICA.

DOSIS.- LA DOSIS MEDIA PARA EL ADULTO ES DE 250 MG. CADA 6 HORAS.

ADMINISTRACION.- EL PRIMITIVO MEDIO DE ADMINISTRACION ES LA VIA ORAL. LA DROGA PUEDE TAMBIEN SER INYECTADA POR VIA ENDOVENOSA.

PRECAUCIONES.- CON TRATAMIENTO PROLONGADO, HAN OCURRIDO UNOS POCOS CASOS DE ANEMIA APLASTICA. SI LA DROGA SE USA MAS DE 72 HORAS, HAY QUE CONTROLAR EL RECUENTO DE LEUCOCITOS. SI SE ORIGINA LEUCOPENIA, LA DROGA DEBE SUSPENDERSE.



**BACITRACINA.**

**ESPECTRO.- EFECTIVA CONTRA ORGANISMOS GRAM POSITIVOS .**

**ACCION.- BACTERICIDA.**

**DOSIS.- LA DOSIS HABITUAL ES DE 500 UNIDADES POR GRAMO DE SOLUCION BASE.**

**ADMINISTRACION.- LA VIA DE ELECCION ES LA TOPICA. LA DROGA PUEDE ADMINISTRARSE TAMBIEN POR VIA INTRAMUSCULAR.**

**PRECAUCIONES.- LA ADMINISTRACION SISTEMICA PUEDE PRODUCIR DAÑO RENAL.**

**NEOMICINA.**

**ESPECTRO.- EFECTIVA CONTRA ORGANISMOS GRAM POSITIVOS Y GRAM NEGATIVOS.**

**ACCION.- BACTERICIDA.**

**DOSIS.- LA DOSIS HABITUAL ES DE 5 MG. POR GRAMO DE SOLUCION BASE.**

ADMINISTRACION.- LA VIA DE ELECCION ES LA TOPICA. LA DROGA PUEDE SER ADMINISTRADA TAMBIEN POR VIA ORAL E INTRA MUSCULAR.

PRECAUCIONES.- LA ADMINISTRACION SISTEMICA PUEDE CAUSAR DAÑO RENAL Y POSIBLE DAÑO EN EL OCTAVO NERVIO.

POLIMIXINA B.

ESPECTRO.- EFECTIVA CONTRA ORGANISMOS GRAM NEGATIVOS Y BACILLI.

ACCION.- BACTERICIDA.

DOSIS.- LA DOSIS HABITUAL ES DE 0.1 A 0.25 POR CIENTO EN SOLUCION ACUOSA.

ADMINISTRACION.- LA VIA DE ELECCION ES LA TOPICA. LA DROGA PUEDE TAMBIEN SER ADMINISTRADA POR VIA ORAL O INTRAMUSCULAR

PRECAUCIONES.- LA ADMINISTRACION SISTEMICA PUEDE CAUSAR

SAR DAÑO RENAL Y DAÑO EN EL SISTEMA NERVIOSO.

**KANAMICINA.**

ESPECTRO. EFECTIVA CONTRA MUCHAS FORMAS DE ESTAFILOCO -  
COS, LOS CUALES PUEDEN SER RESISTENTES A OTROS AGENTES.

DOSIS.- LA DOSIS DIARIA NO DEBERA DE EXCEDER 2 MG. AD-  
MINISTRADA EN DOS O CUATRO DOSIS.

ADMINISTRACION.- LA DROGA DEBE SER ADMINISTRADA POR -  
VIA INTRAMUSCULAR. TAMBIEN PUEDE SER DADA POR VIA ORAL EN -  
PREPARACION PARA LA CIRUGIA DEL TRACTO GASTROINTESTINAL.

PRECAUCIONES.- LA DROGA ES NEFROTOXICA Y TAMBIEN PUE -  
DE CAUSAR SORDERA, A CAUSA DE SU EFECTO TOXICO SOBRE EL OC-  
TAVO NERVIO.

ESTOS NUEVOS ANTIBIOTICOS PARECEN SER ACTIVOS CONTRA -  
MUCHAS CEPAS DE ESTAFILOCOCOS RESISTENTES. SU PRINCIPAL CAM -  
PO DE UTILIDAD ESTA EN ESTA AREA. NO SE RECOMIENDAN PARA EL

TRATAMIENTO DE MUCHAS CONDICIONES COMUNES CAUSADAS POR ORGANISMOS SUSCEPTIBLES.

## ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS

EL ALIVIO DEL DOLOR ES UNO DE LOS GRANDES OBJETIVOS DE LA MEDICINA. LOS FARMACOS CUYA ACCION FUNDAMENTAL CONSISTE EN MITIGAR EL DOLOR SON LOS ANALGESICOS, Y COMUNMENTE SE CLASIFICAN EN NARCOTICOS Y NO NARCOTICOS.

EN CONTRASTE CON LOS NARCOTICOS O ANALGESICOS Y SUS CONGENERES MAS DEBILES, UN GRUPO AMPLIAMENTE UTILIZADO DE ANALGESICOS SUAVES SON ANTIPIRETICOS, Y LA MAYORIA DE ELLOS TAMBIEN EJERCEN ACCION ANTINFLAMATORIA.

### SALICILATOS.

EL ACIDO SALICILICO, ES UNA SUSTANCIA ORGANICA SIMPLE QUE EJERCE NOTABLES EFECTOS ANALGESICOS, ANTIPIRETICOS, ANTINFLAMATORIOS, ANTIRREUMATICOS EN EL SER HUMANO.

AUNQUE EL SALICILATO SODICO, EL ACIDO ACETILSALICILICO Y LA SALICILMIDA SON MUY SIMILARES DESDE EL PUNTO DE VISTA

ESTRUCTURAL, ALGUNOS DE SUS EFECTOS SOBRE EL ORGANISMO RESULTAN BASTANTE DISTINTOS. ASI, EL ACIDO ACETILSALICILICO ES MAS POTENTE QUE EL SALICILATO SODICO COMO ANALGESICO Y ANTIPIRETICO Y LA SALICILAMIDA ES MUCHO MENOS EFECTIVA QUE CUALQUIERA DE ELLOS.

ES SABIDO QUE LAS CEFALEAS, LOS DOLORES MUSCULARES, DOLORES POSTOPERATORIOS RESPONDEN NOTABLEMENTE BIEN AL ACIDO ACETILSALICILICO.

ES PROBABLE QUE EL EFECTO ANTIRREUMATICO DE LOS SALICILATOS SEA SOLO UNA MANIFESTACION DE SU ACCION ANTIINFLAMATORIA. ESTA ACCION PUEDE DEMOSTRARSE EXPERIMENTALMENTE EN ESTUDIOS SOBRE LA INFLAMACION CONSECUTIVA A LA INYECCION DE SUSTANCIAS IRRITANTES.

EL ACIDO ACETILSALICILICO SE PRESENTA EN TABLETAS DE 60, 75, 150 Y 300 MG. Y EN SUPOSITORIOS DE 60, 75, 120, 150, 200, 300, 600, Y 1.000 MG.

#### AMINOPIRINA.

LA AMINOPIRINA ES UN FARMACO EFICAZ COMO ANALGESICO , ANTIPIRETICO Y ANTIRREUMATICO, PERO SU USO HA CONDUCIDO AL DESARROLLO DE AGRANULOCITOSIS EN UN NUMERO SIGNIFICATIVO DE PACIENTES. COMO RESULTADO DE ESTA DESVENTAJA Y DE LA MAYOR SEGURIDAD DE OTROS ANALGESICOS, EN LA ACTUALIDAD HAY POCAS RAZONES PARA PRESCRIBIR AMINOPIRINA.

#### DIPIRONA.

UN FARMACO INTIMAMENTE RELACIONADO CON LOS ANTERIORES, LA DIPIRONA, TAMBIEN RESULTA BASTANTE PELIGROSO DADA SU TENDENCIA A PRODUCIR AGRANULOCITOSIS. ESTA SUSTANCIA ES POPULAR EN ALGUNOS MEDIOS, DADO QUE CONSTITUYE UNO DE LOS POCOS ANALGESICOS NO NARCOTICOS INYECTABLES.

#### FENILBUTAZONA.

SON MUY INTERESANTES LA FENILBUTAZONA Y LOS FARMACOS RELACIONADOS OXIFENBUTAZONA Y SULFINPIRAZONA. SU EFECTIVIDAD ESTA SITUADA ENTRE LA DE LOS SALICILATOS Y LA DE LOS ESTEROIDES ANTINFLAMATORIOS.

EL NIVEL OPTIMO DE FENILBUTAZONA EN SANGRE PARECE SER DE 10 MG/ ML. ESTA CIFRA PUEDE OBTENERSE CON UNA DOSIS INICIAL DE 200 MG/DIA QUE A VECES DEBE AUMENTARSE DE FORMA GRADUAL HASTA 600 MG/DIA.

LA OXIFENBUTAZONA SE EMPLEA A DOSIS ORAL DE 100 MG. - TRES VECES AL DIA. TANTO LA FENILBUTAZONA COMO LA OXIFENBUTAZONA SE EXPENDEN EN TABLETAS DE 100 MG.

RECIENTEMENTE SE HAN DESARROLLADO VARIOS ANTINFLAMATORIOS NUEVOS, A PARTIR DE ESTUDIOS EN ANIMALES DE EXPERIMENTACION. SU MODO DE ACCION ES SIMILAR AL DEL ACIDO ACETILSALICILICO, E INHIBEN LA SINTESIS DE PROSTAGLANDINAS.

#### INDOMETACINA.

TIENE UNA ACTIVIDAD SIMILAR A LA DE LA FENILBUTAZONA , SU MODO DE ACCION ES SIMILAR AL DEL ACIDO ACETILSALICILICO, E INHIBEN LA SINTESIS DE PROSTAGLANDINAS. ENTRE SUS EFECTOS ADVERSOS SE INCLUYEN CEFALIAS, SINTOMAS GASTROINTESTINALES, ULSERA PEPTICA. LA INDOMETACINA SE PRESENTA EN CAPSULAS DE 25 Y 50 MG.



**ACIDO MEFENAMICO.**

ANALGESICO SUAVE, NO ES MAS EFICAZ QUE EL ACIDO ACETIL SALISILICO Y PUEDE DAR LUGAR A REACCIONES ADVERSAS GRAVES , TALES COMO DIARREAS, HEMORRAGIAS GASTROINTESTINALES, AFEC-- CION DE LA FUNCION REANL Y DISCRASIAS SANGUINEAS. SE PRESENTA EN CAPSULAS DE 250 MG.

**IBUPROFEN.**

ES UNO DE LOS ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS MAS NUEVOS, RESULTA MUY PROMETEDOR COMO SUSTITUTO DEL ACIDO ACETIL SALICILICO EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA. SU PRINCIPAL VENTAJA SOBRE EL ACIDO ACETILSALICILICO RADICA EN LA MENOR INCIDENCIA DE TOXICIDAD GASTROINTESTINAL. EL IBU - PROGEN SE PRESENTA EN TABLETAS TRES O CUATRO VECES AL DIA.

## A P I C E C T O M I A

SE DENOMINA RESECCION RADICULAR, AMPUTACION RADICULAR\_ O APICECTOMIA A LA EXTIRPACION DE LA PORCION APICAL INFECTA DA DE UN DIENTE Y EL CURETAJE DE TODOS LOS TEJIDOS PERIAPI- CALES NECROTICOS E INFLAMATORIOS.

### INDICACIONES.

1.- LA APICECTOMIA ESTA INDICADA EN LOS SEIS DIENTES - ANTERIORES SUPERIORES E INFERIORES Y EN RARAS OCACIONES EN PREMOLARES.

2.- EN DIENTES CUYA RESORCION OSEA NO SE EXTIENDA MAS DE UN TERCIO DEL TOTAL DE LA RAIZ.

3.- DIENTES CON REABSORCION PERIAPICAL.

4.- EN DIENTES CON GRANULOMAS PERIAPICALES BIEN CIRCU- NSCRITOS.

5.- DIENTES EN LOS CUALES LA RAIZ HA SIDO PERFORADA \_ DURANTE EL TRATAMIENTO ENDODONTICO, SIEMPRE QUE ESA PERFORA

CIÓN HAYA OCURRIDO EN LA MITAD APICAL DE LA RAIZ (FALSO CONDUCTO)

6.- DIENTES EN PACIENTES JOVENES, QUE SON EL FACTOR ETIOLÓGICO DE LA PRODUCCIÓN DE QUISTES RADICULARES O QUE HAN SIDO DESVITALIZADOS POR LA EXTENSIÓN DE UNA LESIÓN QUISTICA VECINA.

7.- DIENTES FRACTURADOS POR UN TRAUMATISMO.

8.- CUANDO UNA LIMA HA SIDO ROTA A TRAVÉS DEL APICE DEL DIENTE Y NO PUEDE SER EXTRAÍDO POR VÍA DEL CONDUCTO RADICULAR.

#### CONTRAINDICACIONES.

1.- CUANDO EL PACIENTE POSEE UNA SALUD GENERAL DISMINUIDA, COMO FIEBRE REUMÁTICA, REUMATISMO, NEFRITIS, DIABETES, TRASTORNOS CARDIACOS, ETC.

2.- EN DIENTES QUE PRESENTEN BOLSAS PARODONTALES Y CON DEMACIADA MOVILIDAD.

3.- CUANDO LOS DIENTES ESTAN MUY CERCA DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS MUY IMPORTANTES (SENO MAXILAR).

4.- EN CASOS INACCESIBLES.

5.- CUANDO HAY QUE ELIMINAR DEMASIADA ESTRUCTURA RADICULAR.

6.- CUANDO LA OCLUSION TRAUMATICA NO PUEDE SER CORREGIDA.

#### MATERIAL.

1.- BISTURI.

2.- HOJA PARA BISTURI.

3.- FRESA QUIRURGICA.

4.- SEPARADOR DE BARAVEU.

5.- PERIOSTOTOMO.

6.- LIMA PARA HUESO.

7.- ELEVADORES.

8.- CURETA.

9.- FRESA DE FISURA.

10.- GASAS ESTERILES.

11.- HIPOCLORITO DE SODIO.

12.- AGUJA ATRAUMATICA.

13.- SUTURA 000.

- 14.- JERINGA PARA ANESTESIA.
- 15.- AGUJA PARA ANESTESIA.
- 16.- ANESTESIA.
- 17.- TIJERAS PARA CORTAR SUTURA.
- 18.- TODO LO NECESARIO PARA ENDODONCIA.

#### PROCEDIMIENTOS.

EXISTEN TRES PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACION DE LA APICECTOMIA:

A.- OBTURACION DEL CONDUCTO Y RESECCION RADICULAR INMEDIATA.

B.- OBTURACION DEL CONDUCTO SEGUIDA POR LA APICECTOMIA VARIOS DIAS O SEMANAS DESPUES.

C.- AMPUTACION RADICULAR EN DIENTES CON OBTURACION DEL CONDUCTO RADICULAR DESDE HACE VARIOS MESES O AÑOS ANTES, Y EN DONDE SE HAN GENERADO GRANULOMAS PERIAPICALES.

OBTURACION DEL CONDUCTO RADICULAR Y RESECCION RADICULAR INMEDIATA.

- 1.- SE ANESTESIA CON UNA INYECCION DE 2 A 2.5 C C, POR

PALATINO EN EL FORAMEN INCISIVO, SI LA INTERVENCION SE REALIZA EN UN INISIVO SUPERIOR; SI FUERA UN DIENTE ANTERIOR INFERIOR, SE DARIA UNA INYECCION BILATERAL MANDIBULAR, Y SI FUERA UN PREMOLAR ADEMAS DE INFILTRAR EN LA ZONA DEL APICE, SE INYECTARIA UNA TRONCULAR.

2.- SE COLOCA EL DIQUE DE HULE Y SE ABRE EL DIENTE, - HASTA LLEGAR A LA CAMARA PULPAR.

3.- SE COLOCAN UNAS GOTAS DE SOLUCION DE HIPOCLORITO DE SODIO EN LA CAMARA PULPAR Y SE EXPLORA EL CONDUCTO CON UNA SONDA LISA, EFECTUANDOSE LA LIMPIEZA CON UN TIRANERVIOS.

4.- SE ENSANCHA EL CONDUCTO CON ESCARTADORES Y LIMAS MOJADAS EN HIPOCLORITO DE SODIO, YA QUE SI SE FORZARA ALGUN RESTO INFECTADO POR EL FORAMEN APICAL, SU EFECTO SE NEUTRALIZARIA O DISMINUIRIA POR MEDIO DE LA SOLUCION ANTISEPTICA QUE SIMULTANEAMENTE SE LLEVA A TRAVES DEL FORAMEN. POSTERIORMENTE SE SECA EL CONDUCTO CON CONOS DE PAPEL.

5.- SE OBTURA EL CONDUCTO CON CONOS DE GUTAPERCHA PLATA HASTA EL APICE O SE LE PUEDE PASAR LIGERAMENTE.

6.- SE QUITA EL DIQUE DE HULE PARA COMENZAR LA APICECTOMIA.

**APICECTOMIA.**

A.- SE TOMAN VARIAS RADIOGRAFIAS EN DIFERENTES ANGULOS QUE MUESTREN EL LARGO DE LA RAIZ, LA ZONA PATOLOGICA, LA PROXIMIDAD DE LA RAIZ O LAS RAICES DE LOS OTROS DIENTES CON EL SENO MAXILAR. SE LIMPIA LA BOCA CON UNA SOLUCION ANTISEPTICA.

B.- SE ANESTESIA EL DIENTE Y LOS TEJIDOS ADYACENTES SI SE USA ANESTESIA LOCAL, QUE ES LA MAS APROPIADA.

C.- SE LEVANTA UN COLGAJO QUE PERMITA UNA BUENA VISION DEL CAMPO OPERATORIO. SE REALIZAN UNAS PERFORACIONES CON FRESA PARA HUESO ALREDEDOR DEL APICE RADICULAR Y SE EXTRAE LA PORCION DE HUESO UN VEZ QUE SE HAN TENIDO LAS PERFORACIONES, HASTA DEJAR AL DESCUBIERTO EL APICE RADICULAR.

D.- SE CORTA EL APICE DEL DIENTE CON UNA FRESA DE FISURA. NO SE CORTA MAS QUE EL TERCIO DE LA LONGITUD TOTAL DE LA RAIZ.

E.- SE ELIMINA CON UNA CURETA EL TEJIDO PATOLOGICO QUE LO RODEA.

F.- SE ALISA EL EXTREMO DE LA RAIZ Y LOS BORDES OSEOS.

G.- SE BAJA EL COLGAJO Y SE SUTURA.

## CANINOS INCLUIDOS

CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS SUPERIORES.

CLASE I.- CANINOS INCLUIDOS LOCALIZADOS EN EL PALADAR:

A.- HORIZONTAL.

B.- VERTICAL.

C.- SEMIVERTICAL.

CLASE II.- CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR DEL MAXILAR:

A.- HORIZONTAL.

B.- VERTICAL.

C.- SEMIVERTICAL.

CLASE III.- CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS A LA VEZ EN PALATINO Y VESTIBULAR:

CORONA EN VESTIBULAR Y RAIZ EN PALATINO O BISEVERSA.



CLASE IV.- CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN LA APOFISIS ALVEOLAR ENTRE EL INCISIVO Y EL PRIMER PREMOLAR EN POSICION VERTICAL.

CLASE V.- CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN EL MAXILAR DESDENTADO.

#### INDICACIONES.

CUALQUIER DIENTE RETENIDO DEBE SER EXTRAIDO PRESENTE MOLESTIAS O NO EL PACIENTE, ANTES DE QUE PROVOQUE ALGUNA COMPLICACION.

#### CONTRAINDICACIONES:

LAS CONTRAINDICACIONES EN LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS SON AQUELLOS CASOS EN LOS QUE EL CANINO PUEDE SER LLEVADO A SU POSICION NORMAL POR MEDIO DE CIRUGIA O UNA COMBINACION DE CIRUGIA Y ORTODONCIA A EDAD TEMPRANA.

#### TECNICA QUIRURGICA.

## MATERIAL.

- A.- BISTURI DE BARD-PARKER NO. 12
- B.- HOJA NO. 15 BARD-PARKER.
- C.- FRESA QUIRURGICA.
- D.- SEPARADORES DE BARAVEU.
- E.- ELEBADORES (MILLER NO. 73 Y NO. 74)
- F.- FORCEPS (226).
- G.- SUTURA NEGRA 000.
- H.- GASAS ESTERILES.
- I.- GASAS YODOFORMADAS
- J.- TIJERAS PARA CORTAR SUTURA.
- K.- PERIOSTOTOMO.
- L.- LIMA PARA HUESO.
- LL.- AGUJA ATRAUMATICA.
- M.- AGUJA PARA ANESTESIA.
- N.- JERINGA PARA ANESTESIA.
- Ñ.- ANESTESIA, CARTUCHOS.

## ANESTESIA.

LA ANESTESIA DEBE PREVEER LA DURACION DE LA OPERACION.

RETENSION UNILATERAL.- ANESTESIA INFRAORBITARIA DEL LADO A OPERARSE.

ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA DE LA BOVEDA PALATINA A NIVEL DEL AGUJERO PALATINO ANTERIOR Y DEL AGUJERO PALATINO POSTERIOR DEL LADO A OPERARSE.

RETENSION BILATERAL.- ANESTESIA INFRAORBITARIA EN AMBOS LADOS.

ANESTESIA INFILTRATIVA LOCAL EN LA BOVEDA PALATINA A NIVEL DEL AGUJERO PALATINO ANTERIOR Y DE AMBOS AGUJEROS PALATINOS POSTERIORES.

ANESTESIA GENERAL.- LOS CANINOS RETENIDOS PUEDEN SER OPERADOS BAJO ANESTESIA GENERAL (BARBITURICO POR VIA ENDOVENOSA MAS PROTOXIDO DE AZOE, OXIGENO).

TECNICAS.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS - CLASE I.

1.- CON UN BISTURI BARD-PARKER NO. 12 SE SECCIONAN LOS TEJIDOS PALATINOS ALREDEDOR DEL CUELLO DE LOS DIENTES, DES-

DE PALATINO DEL INCISIVO CENTRAL HASTA DISTAL DEL SEGUNDO -  
PREMOLAR.

2.- CON UNA HOJA NO. 15 BARD-PARKER, Y A PARTIR DE LA  
CRESTA DE PAPILA INTERDENTAL, EN LINGUAL, ENTRE LOS DOS IN-  
CISIVOS CENTRALES, SE HACE UNA INCISION LONGITUDINAL POR EL  
CENTRO DEL PALADAR, EN UNA EXTENSION DE 4 CM. LA INCISION A  
TRAVIESA EL CONDUCTO NASOPALATINO (INCISIVO) LO QUE PRODUCE  
ALGO DE HEMORRAGIA, QUE SE PUEDE CONTROLAR POR PRESION CON  
UNA GASA DURANTE UNOS MINUTOS, SI NO CESA LA HEMORRAGIA, -  
QUE SE EMPAQUETA UNA TIRA DE GASA YODOFORMADA EN EL CONDUCTO.  
SE SEPARA EL COLGAJO MUCOSO DEL PALADAR DURO POR MEDIO  
DE UN PERIOSTOTOMO HASTA QUE LA ESTRUCTURA OSEA ESTE COMPLE-  
TAMENTE EXPUESTA, EN ESTE MOMENTO ES POSIBLE VER UNA PROMI-  
NENCIA EN EL HUESO, O LA CORONA DEL CANINO.

3.- CON UNA FRESA PARA HUESO, SE HACEN ORIFICIOS EN EL  
HUESO PALATINO, A UNA DISTANCIA DE 3 MM. UNO DEL OTRO, ALRE-  
DOR DE LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO, CON CUIDADO DE NO -  
LASTIMAR LAS RAICES DE LOS DIENTES VECINOS.

4.- POR MEDIO DE UNA FRESA SE UNEN LOS ORIFICIOS Y SE  
SACA ESTE TROZO DE HUESO, QUE CUBRE LA CORONA HASTA DEJARLA

COMPLETAMENTE AL DESCUBIERTO.

5.- LA EXCEPCION A ESTA REGLA SERA EL CASO EN EL CUAL UNA PORCION DE LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO ESTA EN CONTACTO CON LAS RAICES DE LOS INCISIVOS CENTRALES, LATERAL O PREMOLARES. SI SE EXPONEN LAS RAICES DE ESTOS DIENTES, SE LES LESIONARAN. EN ESTOS CASOS, SE AUMENTA LA ABERTURA SOBRE EL LADO OPUESTO A LA CORONA POR MEDIO DE FRESAS PARA HUESO, O SE CORTA LA CORONA SEPARANDOLA DE LA RAIZ.

6.- EXPUESTA LA CORONA DEL CANINO RETENIDO POR PALATINO SE COLOCA EL ELEVADOR APICAL, SOBRE, CADA LADO DE LA CORONA, Y CON DOBLE MOVIMIENTO DE ELEVACION SE TRATA DE LEVANTAR EL DIENTE DE SU LECHO.

7.- SI NO SE LOGRA LA EXTRACCION EN EL PRIMER INTENTO, SE AGRANDA LA ABERTURA Y SE REPITE EL PROCEDIMIENTO POR MEDIO DE LOS DOS ELEVADORES, DE LA MISMA MANERA.

8.- SI NO SE LOGRA LA EXTRACCION ENTONCES SE UTILIZA UN FORCEPS NO. 226, CON MOVIMIENTOS ROTATORIOS SOBRE TODO SI LA RAIZ TERMINA EN UN GANCHO., O EN TODO CASO SE SECCIONA LA CORONA DE LA RAIZ Y SE EXTRAEN POR SEPARADO.

9.- SE LIMPIAN TODOS LOS RESTOS, SE SACAN LAS ASTILLAS Y SE SUAVIZAN LOS BORDES DEL ALVEOLO, SE VUELVE EL COLGAJO A SU SITIO Y SE SUTURA.

10.- SE COLOCA UN APOSITO DE GASA SOBRE EL PALADAR DURANTE 4 HORAS.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA CLASE II.

1.- SE LEVANTA UN COLGAJO QUE ABARQUE DE LA PAPILA INCISIVA DE LOS CENTRALES A LA PAPILA DISTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR POR EL LADO VESTIBULAR CONTORNEANDO EL CUELLO DE LOS DIENTES.

2.- SE LEVANTA EL COLGAJO CON UN PERIOSTOTOMO HASTA QUE LA ESTRUCTURA OSEA ESTE COMPLETAMENTE EXPUESTA.

3.- CON UNA FRESA DE EISURA Y UNA DE FELDMAN EXPONGASE LA CORONA.

4.- CON LA CORTICAL COMO PUNTO DE APOYO, COLOCAR LOS ELEVADORES APICALES MILLER NO. 73 Y NO. 74 DEBAJO DE LA CORONA Y ELEVE EL DIENTE DE SU ALVEOLO.

5.- SE CORTA LA MITAD DE LA CORONA CON UNA FRESA DE FISURA Y SE SEPARA LA CORONA DE LA RAIZ Y SE ELIMINA LA CORONA

NA, POSTERIORMENTE SE EXTRAE LA RAIZ.

6.- SE ELIMINA EL HUESO Y SE LIMPIAN TODOS LOS RESTOS.

7.- SE LEVANTA EL COLGAJO Y SE SUTURA CON SEDA O CAT -  
GUT 000.

8.- SE COLOCA UN APOSITO QUIRURGICO DURANTE 4 HRS. POR  
LO MENOS.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS DE  
LA CLASE III.

(CORONA EN PALADAR Y RAIZ EN VESTIBULAR).

1.- COLGAJO SEMICIRCULAR SOBRE LA RAIZ.  
2.- EXPOSICION RADICULAR POR ELIMINACION DE HUESO POR MEDIO  
DE FRESAS Y ESCOPIO.

3.- LA RAIZ ES SEPARADA POR MEDIO DE UNA FRESA DE FISU  
RA.

4.- SE ELEVA LA RAIZ DE SU LECHO.

5.- SE HACE UN COLGAJO PALATINO Y SE QUITA COMPLETAMEN  
TE EL HUESO QUE CUBRE LA CORONA PARA EXPONER LA PERIFERIA.

6.- SE COLOCA UN INSTRUMENTO ROND EN CONTACTO CON EL -

EXTREMO RADICULAR DE LA CORONA, A TRAVES DE LA CAVIDAD VESTIBULAR Y SE COLPEA CON UN MARTILLO, SACANDO LA CORONA DE SU SITIO.

7.- SE VUELVEN LOS COLGAJOS A SU LUGAR Y SE SUTUTAN.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA CLASE III.

(CORONA EN VESTIBULAR Y RATZ EN PALATINO).

1.- SE HACE UNA INCISION PARA EL COLGAJO SE HACE ALREDEDOR DE LOS CUELLOS DE LOS DIENTES Y A CONTINUACION HACIA EL SURCO VESTIBULAR, EN ANGULO DE 45 GRADOS. LEVANTAR EL COLGAJO CON EL PERIOTOTOMO.

2.- ELIMINAR EL HUESO VESTIBULAR CON FRESA, HACIENDOSE LAS PERFORACIONES PERO TENIENDO CUIDADO DE CONTROLAR LA PROFUNDIDAD PARA NO DAÑAR LOS DIENTES VECINOS Y EL SENO MAXILAR.

3.- TRATAR DE TOMAR LA CORONA CON UNA PINZA PARA EXTRACCIONES NO. 226. SE HACE UN MOVIMIENTO DE ROTACION HACIA MESIAL Y HACIA DISTAL Y DESPUES HACIA VESTIBULAR, Y EL DIENTE SALDRA DE SU SITIO.



SI NO TIENE EXITO ESTE METODO, CORTAR LA CORONA, Y HACER UN COLGAJO PALATINO, QUITAR EL HUESO QUE RECUBRE LA RAIZ, Y CON UN INSTRUMENTO ROMO EMPUJAR LA RAIZ A TRAVES DE LA ABERTURA VESTIBULAR.

4.- SE LIMPIAN TODOS LOS RESTOS ELIMINANDO CRESTAS OSEAS AGUDAS Y SUAVIZANDO LA PERIFERIA DE LAS ABERTURAS VESTIBULAR Y PALATINA. SE VUELVE EL COLGAJO A SU LUGAR Y SE SUTURA CON SEDA NEGRA. SE COLOCA UN APOSITO QUIRURGICO DURANTE 4 HRS.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS BILATERALES RETENIDOS EN EL PALADAR.

CUANDO EXISTE UNA RETENSION BILATERAL SIMPLE LA RESOLUCION DE EXTRAER UN CANINO O LOS DOS AL MISMO TIEMPO DEPENDE DE LAS DIFICULTADES DEL CASO, EN UN ADULTO JOVEN Y SAND SE PUEDE HACER SI SE TRATA DE RETENCIONES DIFICILES, SERA PREFERIBLE HACERLAS POR SEPARADO.

SE HACE UN COLGAJO SIMPLE BILATERAL CORTANDO EL PAQUETE VASCULONERVIOSO NASOPALATINO (INCISIVO) AL ENTRAR EN EL COLGAJO. LAS RELACIONES DE VASOS Y NERVIOS SE RETABLECERAN EN POCAS SEMANAS. ES IMPORTANTE MANTENER EL APOSITO QUIRUR-

GICO.-

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS EN UNA BOCA DESDENTADA.

LA INCISION QUE SE REALIZA PARA LA EXTRACCION DEL CANINO RETENIDO POR PALATINO SE HACE A LO LARGO DE LA CRESTA Y EN EL CENTRO DEL PALADAR EN UNA EXTENSION DE 4 CM. LA TECNICA ES LA MISMA QUE EN LA DE LOS OTRAS CLASES SOLO QUE AQUI NO EXISTE EL PELIGRO DE EXPONER O TRAUMATIZAR LAS RAICES DE LOS DIENTES ADYACENTES.

CANINOS INFERIORES RETENIDOS.

POR LO GENERAL ESTOS DIENTES RETENIDOS ESTAN VERTICALMENTE Y CERCA DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR. A VECES ESTAN LOCALIZADOS BAJO LOS APICES DE LOS INCISIVOS INFERIORES SITUADOS TRANSVERSALMENTE EN ANGULO DE 45 GRADOS HACIA EL BORDE INFERIOR DE LA MANDIBULA.

MUY RARA VEZ SE ENCUENTRAN HORIZONTALES Y CERCA DEL LADO LINGUAL.

TECNICA.

1.- SE ANESTESIA CON ANESTESIA AL DENTARIO INFERIOR Y AL MENTONIANO.

2.- EN TODAS LAS RETENCIONES CANINAS INFERIORES HACER INCISIONES PARA UN COLGAJO AMPLIO. SE LEVANTA EL COLGAJO Y SE CORTAN LAS INCISIONES MUSCULARES QUE ESTAN LOCALIZADAS EN EL AREA OPERATORIA.

3.- SE HACEN ORIFICIOS CON UNA FRESA ALREDEDOR DE LA CORONA EN LA CORTICAL OSEA VESTIBULAR, CUIDANDO LAS RAICES DE LOS DIENTES ADYACENTES SE RETIRA EL HUESO.

4.- SE EXPONE LA CORONA POR COMPLETO MEDIANTE FRESAS PARA HUESO. ESTE PROCESO ES CONOCIDO COMO FENESTRADO DE LA CORTICAL.

5.- SE LUXA Y SE REMUEVE EL CANINO CON ELEVADORES (NO. 73 Y 74) COLOCADOS DEBAJO DE LA CORONA, USANDOSE LA TABLA OSEA COMO PUNTO DE APOYO.

6.- SI NO ES POSIBLE EXTRAER LA CORONA MEDIANTE EL METODO ANTERIOR SE HACE UNA MUESCA EN LA CORONA Y SE CORTA FUERA DEL MARGEN GINGIVAL.

7.- SE EXPONE MAS RAIZ Y SE REALIZA OTRA MUESCA.

8.- SE ELIMINA LA RAIZ CON ELEVADORES USANDO LA CORTI-

CAL VESTIBULAR COMO PUNTO DE APOYO.

9.- SE LEVANTA EL COLGAJO Y SE SUTURA CON SEDA NEGRA -  
000 Y UNA AGUJA ATRAUMATICA.

## FRENILECTOMIA O FRENECTOMIA

EL FRENILLO LABIAL PUEDE CITARSE ENTRE LAS CAUSAS DEL  
DIASTEMA INTERINCIVO.

### ANATOMIA DEL FRENILLO LABIAL.

EL FRENILLO ES UN REPLIEGUE DE LA MUCOSA BUCAL QUE PAR  
TIENDO DE LA CARA INTERNA DEL LABIO A INSERTARSE SOBRE LA -  
LINEA DE UNION DE AMBOS MAXILARES SUPERIORES. ALGUNOS FRENI  
LLOS NO TERMINAN A ESTE NIVEL, SINO QUE DESCENDEN HASTA EL  
BORDE ALVEOLAR, RODEAN ESTE BORDE Y VAN A TERMINAR EN LA PA  
PILA INTERDENTARIA, EN LA BOVEDA PALATINA.

EL REPLIEGUE QUE FORMA EL FRENILLO ESTA CONSTITUIDO -  
HISTOLOGICAMENTE POR TRE CAPAS: 1A. EPITELIO ESCAMOSO ESTRA  
TIFICADO DE LA MUCOSA BUCAL; 2A. LA TUNICA PROPIA CONSISTE\_  
EN TEJIDO FIBROSO BLANDO; 3A. LA SUBMUCOSA QUE CONTIENE --  
GLANDULAS MUCOSAS Y LINFATICAS.

FORMAS:

EXISTEN DOS CLASIFICACIONES EN BASE A LOS TIPOS DE FRENILLOS ANORMALES.

A.- ANCHA BASE EN FORMA DE ABANICO EN EL LABIO.

B.- ANCHA BASE EN FORMA DE ABANICO ENTRE LOS INCISIVOS

C.- ANCHAS BASES EN FORMA DE ABANICO EN EL LABIO Y ENTRE LOS INCISIVOS.

D.- AMPLIO FRENILLO DIFUSO ADIPOSEO.

OTRA CLASIFICACION ES:

1.- EL FRENILLO DE TIPO ALARGADO, PERO QUE PRESENTA - SUS BORDES DERECHO E IZQUIERDO PARALELOS.

2.- EL FRENILLO DE FORMA DE TRIANGULO, CUYA BASE COINCIDE CON EL SURCO GINGIVAL.

3.- EL FRENILLO TRIANGULAR A BASE INFERIOR.

ANOMALIAS QUE OCACIONA EL FRENILLO.

LOS DIVERSOS TIPOS DE FRENILLO OCACIONAN DISTINTAS ANOMALIAS DENTARIAS.

LOS FRENILLOS DEL TIPO 1 OCACIONAN UN DIASTEMA QUE SE CARACTERIZA PORQUE LOS EJES DE LOS INCISIVOS SON SENSIBLEMENTE PARALELOS. EL FRENILLO DE TIPO 2 ORIGINA UN DIASTEMA

CUYA CARACTERISTICA RESIDE EN QUE LOS EJES DE LOS INCISIVOS SON CONVERGENTES, ESTANDO SUS CORONAS MAS PROXIMAS QUE SUS APICES. POR EL CONTRARIO, LOS FRENILLOS DEL TIPO 3 ORIGINAN UN DIASTEMA, PERO EN ESTE CASO LOS INCISIVOS TIENEN SUS CORONAS AMPLIAMENTE SEPARADAS Y SUS APICES SE APROXIMAN.

EL FRENILLO LABIAL PUEDE Oponerse a la normal ubicacion de una protesis completa y desplazar a esta en los movimientos del labio. LO MISMO OCURRE CON EL FRENILLO LINGUAL (ANQUIGLOSI) QUE PUEDE OCACIONAR ADEMAS TRANSTORNOS EN LA FONACION Y DEGLUCION, PARA SOLUCIONAR LOS CUALES, NO TIENEN OTRO MEDIO QUE EL QUIRURGICO.

#### OPORTUNIDAD DE LA EXTIRPACION DEL FRENILLO.

POR RAZONES ORTODONCICAS Y PROTETICAS, EL FRENILLO LABIAL DEBE EXTIRPARSE EN LA EDAD JUVENIL, PARA PERMITIR EL TRATAMIENTO ORTODONCICO; EN LA EDAD ADULTA, CON FINES PROTETICOS.

CON RESPECTO A LA EDAD EN QUE DEBE SER OPERADO EL FRENILLO, CON FINES ORTODONCICOS, LA MEJOR EPOCA ES ANTES DE

LA ERUPCION DE LOS TEMPORARIOS; EN TAL CASO, BASTA CON UNA APLICACION DEL GALVANOCAUTERIO.

SIEMPRE DEBE REVISARSE UNA RADIOGRAFIA PREVIA A LA INTERVENCION DEL FRENILLO. MUCHOS DIASTEMAS NO ESTAN ORIGINA DOS POR ESTA ANOMALIA, SINO QUE SE DEBEN A LA PRESENCIA DE UN MEDIODENS O DE DIENTES SUPERNUMERARIOS.

LOS CIRUJANOS Y ORTODONCISTAS OPINAN QUE EL FRENILLO DE LOS NIÑOS DEBE SER OPERADO DESPUES DE LA ERUPCION DE LOS CANINOS PERMANENTES. MUCHOS FRENILLOS HAN DESAPARECIDO O DISMINUIDO SU VOLUMEN POR LA PRESION EJERCIDA POR LOS DIENTES CANINOS.

#### TECNICA.

##### ADHERENCIA BAJA DEL FRENILLO LABIAL.

1.- SE ANESTEDIS INFILTRANDO EN EL FRENILLO LABIAL EN SU ORIGEN E INSERCIÓN. SE INYECTA LENTAMENTE 0.5 CC. EN CADA PUNTO. SE ESPERA 5 MINUTOS.

2.- SE LEVANTA EL LABIO Y SE COLOCA UNA PINZA HEMOSTATICA PARALELA A LA SUPERFICIE LABIAL DEL BORDE ALVEOLAR Y EN CONTACTO CON LA MUCOSA QUE CUBRE LA SUPERFICIE LABIAL DE LA APOFISIS ALVEOLAR. SE CIERRA LA PINZA HEMOSTATICA SOBRE LAS



FIBRAS DEL FRENILLO. SE LEVANTA EL LABIO HACIA ARRIBA Y AFUE  
RA HASTA QUE FORME ANGULO RECTO CON LA SUPERFICIE LABIAL DEL  
HUESO ALVEOLAR. SE COLOCA UNA SEGUNDA PINZA HEMOSTATICA PARA  
LELA AL ALBIO ELEVADO Y TRACCIONADO ( EN ANGULO RECTO CON LA  
PRIMERA PINZA HEMOSTATICA) SE PINZA ESTE INSTRUMENTO SOBRE -  
LAS FIBRAS DEL FRENILLO DONDE ESTAS SE INTRODUCEN EN EL LA -  
BIO, Y SE EXTIENDEN LOS MORDIENTES DE LA PINZA HASTA EL FON-  
DO DEL SURCO VESTIBULAR.

3.- LAS PUNTAS DE LOS MORDIENTES DEBEN TOCARSE MUTUA --  
MENTE; EL FRENILLO LABIAL ENTRE ELLAS FORMA UNA V INVERTIDA\_  
EL ASISTENTE SOSTIENE ABSOLUTAMENTE QUIETAS LAS PINZAS, SIN\_  
EJERCER TRACCION.

4.- CON UN BISTURI AFILADO BARD-PARKER NO. 11 SE CORTA\_  
ALREDEDOR DE LA SUPERFICIE EXTERIOR DE LAS DOS PINZAS HEMOS-  
TATICAS DE MODO QUE CUANDO EL CORTE ESTE COMPLETO LAS DOS -  
PINZAS SALGAN CON EL TEJIDO DEL FRENILLO ENTRE ELLAS. LOS --  
MARGENES LATERALES DE LA HERIDA QUIRURGICA SON AHORA DESBRI-  
DADAS POR MEDIO DE TIJERAS QUIRURGICAS O UNA PINZA HEMOSTATI  
CA RECTA. ESTO PERMITIRA UN MOVIMIENTO DESLIZANTE DE LA MUQO

SA DE MANERA QUE PUEDA SER APROXIMADA Y SUTURADA SIN TENSION SI EL CORTE HUBIERA SIDO HECHO EN EL INTERIOR ENTRE LAS DOS PINZAS HABRIA QUEDADO TEJIDO LACERADO Y MAGULLADO DESPUES DE RETIRAR LAS PINZAS HEMOSTATICAS. ESTE TEJIDO DAÑADO ES PRÓ - PENSO A NECROSIS, RETRACION, CICATRIZACION LENTA Y BORDES DE BILES A TRAVES DE LOS CUALES LA SUTURA PUEDE DESLIZARSE Y -- CORTARSE MALOGRANDO ASI EL MANTENIMIENTO DE LOS LABIOS DE LA HERIDA HASTA QUE LA CICATRIZACION SE PRODUZCA.

5.- SE SUTURA DESPUES DE QUE LA MUCOSA HAYA SIDO DESBRI DADA Y LIBERADA. AL COLOCAR LA SUTURA SOBRE EL LABIO HAY QUE ESTAR SEGURO DE QUE LAS GLANDULAS MUCOSAS ESTEN CUBIERTAS -- POR MEMBRANA MUCOSA.

6.- SE COLOCA ALGUNAS CAPAS DE 2 CM. DE GASA YODOFORMA- DA GRUESA ENTRE LA SUPERFICIE LABIAL DEL BORDE ALVEOLAR Y EL LABIO. SE INSTRUYE AL PACIENTE PARA QUE MANTENGA ESTE APOSTI- TO DE GASA EN SU LUGAR DURANTE 2 HORAS. DESPUES DE RETIRAR - LA GASA EL PACIENTE DEBE HACER ENJUAGATORIOS CADA HORA.

ELIMINACION DEL FRENILLO LABIAL COMO AYUDA EN EL TRATA- MIENTO ORTODONTICO O PARA CORREGIR UN DIASTEMA ENTRE LOS IN-

## CISIVOS CENTRALES SUPERIORES.

EL FRENILLO LABIAL, QUE UNE EL LABIO AL PROCESO ALVEO -  
 LAR, COMUNMENTE RETROCEDE Y SE ALEJA DE SU INSERCIO ORIGINAL  
 EN LA PAPILA NASOPALATINA (PAPILA PALATINA) DURANTE EL LAPSO  
 DE ERUPCION DE LOS INCISIVOS CENTRALES PERMANENTES. EN ALGU-  
 NOS CASOS, EL DIASTEMA, CIERRA EXPONTANEAMENTE EJERCIENDO --  
 PRESION, EN SENTIDO MESIALSOBRE LOS INCISIVOS CENTRALES. SI  
 ESTO NO OCURRE Y SE DESCARTAN OTRAS POSIBLES CAUSAS DE DIAS-  
 TEMAS, TAL COMO LA PRESENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS (ME-  
 SIODENS), Y AL TRACCIONAR ENTONCES EL LABIO Y SU FRENILLO SE  
 PRODUCE IZQUEMIA EN LA ZONA DE LA PAPILA NASOPALATINA, POR -  
 LO COMUN, EL FRENILLO ESTA HIPERTROFIADO Y SU ADHERENCIA A -  
 LA PAPILA DEBE SER EXTIRPADA CON MUCHO CUIDADO.

TECNICA PARA LA EXTIRPACION DE UN FRENILLO LABIAL HIPER-  
 TROFIADO.

LA TECNICA ES LA MISMA ANTERIORMENTE MENCIONADA HASTA -  
 EL QUINTO PASO POSTERIORMENTE SE CORTA UNA CUÑA DE MUCOSA A

MANERA DE V, ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES, HASTA EL HUESO - INTERSEPTAL. SE ELIMINA ESTE TEJIDO DEL ESPACIO, TENIENDO - CUIDADO DE NO EXPONER LOS CUELLOS DENTARIOS.

6.- SI EL ESPACIO ENTRE LOS INCISIVOS ES MUY GRANDE, SE ELIMINA UNA PIEZA RECTANGULAR DE MUCOPERIOTIO. EN AMBOS CA - SOS EL TEJIDO DEBE EXTENDERSE TRES MM. POR DEBAJO DE LA PERI - FERIA LINGUOGINGIVAL DE LOS INCISIVOS CENTRALES HACIA EL HUE - SO Y TAMBIEN SE EXTENDERA HACIA VESTIBULAR 5 MM.

7.- SE EMPAQUETA EL SURCO ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES CON GASA YODOFORMADA EMPAPADA CON UNA PASTA ESPESA DE OXIDO - DE ZINC Y EUGENOL. SE INSTRUYE AL PACIENTE PARA QUE MANTENGA ESTE APOSITO EN POSICION POR CINCO DIAS.

ESTO IMPIDE QUE SE UNA EL TEJIDO EN EL LUGAR. SE COLOCAN VARIAS CAPAS DE 2 CM. DE GASA YODOFORMADA ENTRE LA SUPERFI - CIE VESTIBULAR DEL REBORDE ALVEOLAR Y EL LABIO. SE DEJAN POR DOS HORAS EN SU LUGAR. EL PACIENTE DEBE ENJUAGAR SU BOCA.

### ANQUILOTOMIA

### FRENILECTOMIA LINGUAL

SE PUEDE UTILIZAR ANESTESIA GENERAL O LOCAL. SI ES LOCAL, SE REALIZA UN BLOQUEO BILATERAL DEL NERVIIO LINGUAL. LA INFILTRACION LOCAL DE LA ANESTESIA NO ES CONVENIENTE, PUES - DISTORCIONA LOS TEJIDOS IMPIDIENDO UNA LINEA DE INCISION PRECISA. UNA VEZ QUE SE ESTA LOGRADA LA ANESTESIA (LA PUNTA DE LA LENGUA DEBE ESTAR INSENSIBLE) SE MANTIENE ABIERTA LA BOCA Y SE SUJETA LA LENGUA CON UNA LIGADURA CUYA PUNTA SE PASA A TRAVES DEL PUNTO MEDIO DE LA LENGUA, A UN CENTIMETRO DE LA PUNTA, PARA SOSTENER LA LENGUA HACIA ARRIBA DURANTE LA OPERACION (PUNTO DE TRACCION). EL FRENILLO LINGUAL CORTO Y/O EL MUSCULO GENIOGLOSO SE PONEN TENSOS POR LA TRACCION DE LA SUTURA LINGUAL; CON TIJERAS RECTAS BIEN AFILADAS SE CORTA A MITAD DE CANINO ENTRE LA PUNTA DE LA LENGUA Y SU ORIGEN EN LA SUPERFICIE LINGUAL DE LA SINFISIS MANDIBULAR. EL CORTE SE DIRIGE HACIA ATRAS, PARALELO AL PISO DE LA CAVIDAD BUCAL EN UNA LONGITUD DE 4 O 5 CM. O HASTA QUE LA PUNTA DE LA LENGUA PUEDA TOCAR LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS DIENTES SUPERIORES ANTERIORES CON LA BOCA ABIERTA. EL CORTE DEL FRENILLO A ESE NIVEL EVITARA QUE SE TRAUMATICE LA CARUNCULA SALIVAL Y LOS CONDUCTOS SALIVALES SUBMAXILARES QUE ESTAN DEBAJO

DE LOS BORDES CORTANTES DE LA TIJERA.

SE PUEDE SECCIONAR SI ES NECESARIO EL MUSCULO GENIOGLO-  
SO ADEMAS DEL FRENILLO LINGUAL.

LOS BORDES LATERALES DE LA INCISION SON SOCAVADOS CON -  
LAS TIJERAS. CON SEDA NEGRA DE SUTURA 000 Y UNA AGUJA CURVA\_  
SE APROXIMAN LOS BORDES DEL CORTE DE LA MUCOSA EN EL PISO DE  
LA BOCA Y LA SUPERFICIE VENTRAL DE LA LENGUA.

ASI LA INCISION HORIZONTAL SE TORNA VERTICAL. SE SUTURA  
CON PUNTOS AISLADOS DE UN CENTIMETRO ENTRE SI. PUEDE SER BE-  
NEFICIOSO PARA MUCHOS PACIENTES UNA TERAPIA DEL LENGUAJE QUE  
LES CORRIJA LAS FALTAS DE DICCION QUE DESARROLLARON.

SI LA ANQUILOGLOSTIA SE PRESENTA EN BOCAS DESDENTADAS SE  
USA LA MISMA TECNICA DESCRITA PARA EL FRENILLO LINGUAL.

#### MATERIAL.

- 1.- BISTURI DE BARD-PARKER NO.11
- 2.- HOJA PARA BISTURI.
- 3.- JERINGA PARA ANESTESIA.
- 4.- AGUJA PARA ANESTESIA.
- 5.- ANESTESIA.

- 6.- DOS PINZAS HEMOSTATICAS.
- 7.- SUTURA 000.
- 8.- GASA YODOFORMADA.
- 9.- TIJERAS PARA CORTAR SUTURA.
- 10.- PORTA AGUJAS.
- 11.- OXIDO DE ZINC Y EUGENOL.
- 12.- TIJERAS RECTAS.
- 13.- AGUJA GURV A PARA SUTURAR.

## REGULARIZACION DE PROCESOS

CUANDO ES NECESARIO REALIZAR EXTRACCIONES CON EL FIN DE PREPARAR LOS MAXILARES PARA QUE RECIBAN POSTERIORMENTE APARATOS DE PROTESIS, LA EXODONCIA DEBE SER PLANEADA Y EFECTUADA CON FINES PROTESICOS. ESTO ES QUE LOS REBORDES ALVEOLARES DEBEN QUEDAR DE TAL MANERA QUE AL COLOCAR LA PROTESIS NO MOLESTE O SEA DOLOROSA.

SIEMPRE QUE NO ESTE INDICADA LA ALVEOLECTOMIA CORRECTORA, LA ALVEOLECTOMIA ESTABILIZADORA SE LIMITARA A LA ELIMINACION DE LAS ARISTAS Y CRESTAS OSEAS MAS AGRESIVAS.

LA REGULARIZACION DE PROCESOS BIENE A SER LA ADOPCION DE CIERTAS MEDIDAS QUIRURGICAS, A OBJETO DE FACILITAR LA RETENCION, LA ESTETICA, LA ESTABILIDAD Y A VECES LA INSTALACION DE APARATOS.

### TECNICA.

EL TRATAMIENTO PUEDE REALIZARSE EN TODA LA EXTENSION DE



LA ARCADA O DE OTRO MODO DIVIDIR LA OPERACION EN DOS O TRES ZONAS, ESTOS PROCEDIMIENTOS ESTAN EN RELACION CON EL NUMERO DE DIENTES A EXTRAERSE, ESTADO DEL PACIENTE O LA EXTENSION DE LA ZONA DESDENTADA.

EN GENERAL SE PUEDE DIVIDIR LA ARCADA EN TRES SEGMENTOS

A.- SE EXTIENDE DESDE EL ESPACIO INTERDENTARIO ENTRE CANINO Y PRIMER PREMOLAR HACIA ATRAS DEL LADO DERECHO.

B.- UN SEGMENTO POSTERIOR IZQUIERDO CON LOS MISMOS LIMITES MENCIONADOS.

C.- UN SEGMENTO ANTERIOR ENTRE CANINO Y CANINO.

#### INCISION (SEGMENTO A)

SE TRAZAN DOS INCISIONES, UNA UBICADA EN EL ESPACIO ENTRE CANINO Y PRIMER PREMOLAR Y LIGERAMENTE INCLINADA HACIA ADELANTE.

LA RAMA POSTERIOR DE LA INCISION SE TRAZA EN EL LIMITE DISTAL DEL ULTIMO DIENTE EXISTENTE EN LA ARCADA.

INCISION PALATINA.- UN COLGAJO MINIMO ES NECESARIO TRAZAR EN LA CARA PALATINA PARA NO TRAUMATIZAR LA FIBROMUCOSA.- POR LO TANTO SE TRAZAN INCISIONES PARALELAS A LAS BUCALES Y DE UNA EXTENSION DE 5 MILIMETROS APROXIMADAMENTE.

POR ULTIMO UNA INCISION MAYOR EN EL BORDE DE LA ARCADEA DENTARIA QUE LLEGUE PROFUNDAMENTE HASTA EL HUESO, UNIENDOLA CON LAS DOS INCISIONES ANTERIORES HASTA FORMAR UNA H.

#### PREPARACION DE LOS COLGAJOS.

SE LEVANTA EL COLGAJO MUCOPERIOSTICO CON UN PERIOSTOTOMO. LA CANTIDAD DE ELEVACION DEL COLGAJO DEPENDE DE LA EXTENSION DE LA OPERACION, PERO POR LO GENERAL ES SUFICIENTE SEPARAR EL COLGAJO SOLO HASTA LA REGION DEL TERCIO APICAL DE LOS DIENTES.

EL COLGAJO PALATINO SE PREPARA IGUALMENTE, AMBOS SE MANTIENEN APARTADOS CON SEPARADORES.

#### ALVEOLECTOMIA.

LA CANTIDAD DE HUESO A RESECAR DEBE SER RELATIVAMENTE ESCASA. COMO NO HAY REGLAS FIJAS QUE CONDICIONEN LA RESORCION POSTOPERATORIA, SOLO SE ELIMINARAN LAS ARISTAS OSEAS, LOS BORDES OSEOS FILOSOS Y CORTANTES, LOS TABIQUES INTERDENTARIOS E INTERRADICULARES HASTA UNA ALTURA PRUDENTE. ESTA PARTE DE LA OPERACION SE REALIZA CON PINZAS GUBIAS.

PARA DEJAR LISO EL HUESO SE REALIZA CON LIMAS PARA HUESO (ESCOFINAS) O FRESAS REDONDAS GRANDES, PUEDEN EMPLEARSE - LAS FRESAS PARA PROTESIS.

PARA COMPROBAR SI NO HAY PUNTAS CORTANTES QUE MAS TARDE VAN A RESULTAR MOLESTOS, SE VUELVE EL COLGAJO A SU SITIO Y SE VERIFICA CON EL PULPEJO DEL DEDO LA REGULARIDAD DE LA ARCADEA ALVEOLAR. SE LEVANTA NUEVAMENTE EL COLGAJO Y SE ELIMINAN ESTAS CON PINZAS GUBIAS, FRESA O ESCOFINAS.

CORTE DEL TEJIDO EXCEDENTE DEL COLGAJO Y SUTURA.

REGULARIZADO EL PROCESO ALVEOLAR SE VUELVE EL COLGAJO A SU SITIO Y CON TIJERA SE CORTA EL EXCEDENTE DEL TEJIDO GINGIVAL, BUCAL Y PALATINO, DE MANERA QUE AMBOS COLGAJOS SE ADAPTAN SIN SOBANTES. ESTOS COLGAJOS SE FIJAN CON TRES O CUATRO PUNTOS DE SUTURA O PUNTOS SEPARADOS, O POR PUNTOS PROXIMOS.

INCISION EN CASO DE TRATAMIENTO DE TODO EL MAXILAR.

LA INCISION DISTAL DEBE SER TRAZADA SOBRE TODA LA EXTENSION DE LA ARCADEA DESDENTADA, DESDE LA CARA DISTAL DEL DIEN-TE POSTERIOR HASTA LA TUBEROSIDAD, SI LAS CONDICIONES DE ES-

TA ARCADEA ALVEOLAR ASI LO EXIGEN, ES DECIR, SI DESDE EL CAMINO HASTA LA TUBEROSIDAD EXISTEN CRESTAS RUGOSAS, BORDES FILOSOS O IRREGULARIDADES QUE SE DEBEN CORREGIR, CON ESTA INCISION SE OBTIENE UN AMPLIO Y UTIL COLGAJO, QUE NO SE TRAUMATIZA Y QUE PERMITE UNA CIRUGIA PERFECTA EN DISTAL DE CANINO Y EN LA ZONA DEL TERCER MOLAR, ZONAS QUE SON PROPENSAS QUE A SU NIVEL SE DEJEN PORCIONES OSEAS IRREGULARES.

EN CASO DE QUE SEA NECESARIO RODEAR DIENTES EXISTENTES; A NIVEL DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES, SERA NECESARIO DESPRENDER EL COLGAJO DESCUBRIENDO TODA LA TUBEROSIDAD, EN EL MAXILAR Y EL HUESO DISTAL EN LA MANDIBULA; UNICO PROCEDIMIENTO QUE PERMITIRA VISUALIZAR ESAS REGIONES OSEAS, PARA PODER REGULARIZARLAS.

A NIVEL DE DIENTES EXISTENTES EN EL CAMINO DE LA INCISION, ESTA BORDEARA SUS CARAS MESIAL, BUCAL Y DISTAL, PARA ASEGURAR A ESE NIVEL LA CORRECTA OSTECTOMIA. ESTOS DIENTES AISLADOS EN LOS MAXILARES SOBRE TODO EN CASOS EN QUE LOS VECINOS HAN SIDO EXTRIDOS MUCHO TIEMPO ATRAS, Y EL PACIENTE ES PORTADOR DE UNA ANTIGUA PROTESIS (RESORCIO OSEA) DESCANSEN SOBRE COLINAS OSEAS, QUE SI NO SON REGULARIZADAS CONSTITUYEN UN SERIO OBSTACULO PARA LA FUTURA PROTESIS.

### CONCLUSIONES.

A.- EL PROCESO DE CICATRIZACION ES EL MISMO CON O SIN - ALVEOLECTOMIA, CON O SIN COLGAJO, CON O SIN ALVEOLITIS POSTO PERATORIA. AUNQUE LOS RESULTADOS PUEDEN SER DIFERENTES DEPEN DIENDO DE LAS CONDICIONES EN QUE QUEDA LA HERIDA.

B.- SOBRE EL HUESO REMANENTE SIEMPRE SE DEPOSITA EL HUE SO CICATRIZAL. EL PERIOSTIO SOLO NO ES CAPAZ DE CALCIFICAR - HUESO.

C.- UNA VEZ QUE SE HA HECHO COLGAJO Y ALVEOLOMIA LA - CICATRIZACION ES MAS RAPIDA, APORQUE LA CAVIDAD OSEA ES ME - NOR Y PORQUE LOS PROCESOS SON MAS ACTIVOS, PROLIFERANDO MAS PRONTO EL CONJUNTO Y EMPEZANDO ANTES LA REPOSICION DE HUESO.

SE DEBE ESTO A QUE AL ESTAR LA HERIDA MEJOR PROTEGIDA - POR EL COLGAJO, NO ES NECESARIO LA EPITELIZACION DEL COAGULO Y HAY MENOR INFECCION.

D.- RETARDAN LA CICATRIZACION LA ALVEOLITIS POSTOPERATO RIA Y LOS TAPONAMIENTOS.

E.- LA CICATRIZACION OSEA, QUE SOLO PUEDE CONSIDERARSE\_ TERMINADA CUANDO LA ESTRUCTURA DEL HUESO CICATRIZAL SE HA HE CHO IDENTICA ALA DEL VECINO, EN EL HOMBRE PARECE TARDAR CER- CA DE SEIS MESES O MAS.

## TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

ES MUY IMPORTANTE CLASIFICAR LA POSICION DE LOS TERCE--  
ROS MOLARES RETENIDOS PARA DETERMINAR LA DIFICULTAD QUE NOS  
ENCONTRAMOS DURANTE SU EXTRACION, ADEMAS DE LA TECNICA QUE U  
TILIZAREMOS.

A.- RELACION DEL DIENTE CON LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXI  
LAR INFERIOR Y EL SEGUNDO MOLAR.

CLASE I.- HAY SUFICIENTE ESPACIO ENTRE LA RAMA Y EL LA-  
DO DISTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR..

CLASE II.- EL ESPACIO ENTRE LA RAMA Y EL EXTREMO DISTAL  
DEL SEGUNDO MOLAR ES MENOR QUE EL DIAMETRO MESIODISTAL DE LA  
CORONA DEL TERCER MOLAR.

CLASE III.- TODO O CASI TODO EL TERCER MOLAR ESTA LOCA-  
LIZADO EN LA RAMA ASCENDENTE.

B.- PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO.

POSICION A.- LA PORCION MAS ALTA DEL DIENTE ESTA AL NI  
VEL DE LA LINEA OCLUSAL O POR SOBRE ELLA.

POSICION B.- LA PORCION MAS ALTA DEL DIENTE ESTA POR DE BAJO DEL PLANO OCLUSAL, PERO POR ENCIMA DE LA LINEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR.

POSICION C.- LA PORCION MAS ALTA DEL DIENTE ESTA POR DE BAJO DEL SEGUNDO MOLAR, EN LA LINEA CERVICAL.

C.- LA POSICION DEL EJE LONGITUDINAL DEL TERCER MOLAR - INFERIOR RETENIDO EN RELACION CON EL EJE LONGITUDINAL DEL SEGUNDO MOLAR:

1.- VERTICAL.

2.- HORIZONTAL.

3.- INVERTIDO.

4.- MESIOANGULAR.

5.- DISTOANGULAR.

6.- VESTIBULOANGULAR.

7.- LINGUOANGULAR.

PUEDEN PRESENTARSE EN:

A.- DESVIACION VESTIBULAR.

B.- DESVIACION LINGUAL.

C.- TORCION.

RADIOGRADIAS PARA TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

RADIOGRAFIA INTRABUCAL.

PARA QUE SEA POSIBLE VISUALIZAR LOS TERCEROS MOLARES YA

QUE EN OCACIONES ES PROBLEMATICO, ES NECESARIO DIRIGIR EL RAYO CENTRAL EN ANGULO RECTO RESPECTO DEL EJE LONGITUDINAL DE LA PELICULA.

#### RADIOGRAFIA BITEWING O ALETA MORDIBLE.

EN CASOS DE LAS CLASES I Y II LA UNICA RADIOGRAFIA QUE PERMITE VER LA RELACION DE LAS CORONAS DEL SEGUNDO Y TERCER MOLAR ES LA BITEWING. EN ESTE CASO, EL RAYO CENTRAL SE DIRIGE EN ANGULO RECTO A TRAVES DE LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR A LA PELICULA CON 0 GRADOS DE ANGULACION VERTICAL.

#### RADIOGRAFIAS OCLUSALES.

REVELAN LA POSICION VESTIBULOLINGUAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR. SE COLOCA LA PELICULA SOBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LOS MOLARES Y SE LLEVA HACIA ATRAS, HASTA QUE CONTACTE CON EL BORDE DE LA RAMA ASCENDENTE. SE HACE OCLUIR PARA MANTENER LA PELICULA EN POSICION, LA CABEZA DEL PACIENTE SE LLEVA HACIA ATRAS AL MAXIMO POSIBLE Y EL RAYO CENTRAL SE DIRIGE EN ANGULO RECTO A LA PELICULA A TRAVES DEL BORDE INFERIOR DE LA MANDIBULA.



### RADIOGRAFIA LATERAL DE LA MANDIBULA.

ES LA RADIOGRAFIA ADECUADA PARA LA CLASE III SE OBTIENE POR UNA IMAGEN LATERAL DE LA MANDIBULA CORRECTAMENTE UBICADA.

### TECNICA.

#### COLGAJO.

LA INCISION PARA EL COLGAJO SE EMPIEZA EN LA PARTE LINGUAL DE LA LINEA OBLICUA EXTERNA A UNA DISTANCIA DE 2 CM., - POR DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y SE DIRIGE HACIA ADELANTE HASTA QUE CONTACTE LA LINEA MEDIA DE LA SUPERFICIE DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR. SE CONTINUA LA INCISION POR VESTIBULAR ALREDEDOR DEL CUELLO DEL SEGUNDO MOLAR HASTA EL ESPACIO INTERPROXIMAL, ENTRE EL PRIMERO Y SEGUNDO MOLAR Y DE ALLI SE EXTIENDE HACIA ABAJO EN DIRECCION AL FONDO DEL SURCO AN ANGULO DE 45 GRADOS. CON EL PERIOSTOTOMO SE SEPARA EL COLGAJO.

SE DA VUELTA Y SE SOSTIENE EL COLGAJO QUE CUBRE LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO.

HAY QUE MANTENER LA INCISION DEL LADO VESTIBULAR A FIN DE QUE LA INFECCION Y EL TRISMUS POSTOPERATORIO SEAN MINIMOS

PARA PREVENIR EL TRAUMA QUIRURGICO DE LOS MUSCULOS SE -  
 HACE LA INCISION, DESDE EL PUNTO MEDIO DE LA SUPERFICIE DIS-  
 TAL DEL SEGUNDO MOLAR EN DIAGONAL, CRUZANDO EL TERCER MOLAR\_  
 RETENIDO HACIA LA LINEA OBLICUA EXTERNA Y SI ES NECESARIO A  
 LO LARGO DE ESTA.

EL COLGAJO VESTIBULAR DEBE REUNIR TRES REQUISITOS BASI-  
 COS:

1.- PERMITIR UNA EXPOSICION ADECUADA DEL SITIO POR OPE-  
 RAR.

2.- TENER BASE ANCHA PARA ASEGURAR BUENA IRRIGACION SAN-  
 GUINEA DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

3.- SER BASTANTE GRANDE PARA QUE LOS TEJIDOS BLANDOS -  
 QUE RODEAN EL SITIO POR OPERAR NO SEAN TRAUMATIZADOS DURANTE  
 LA OPERACION Y QUE CUANDO SE VUELVA A COLOCAR EN SU SITIO -  
 LOS BORDES SE APOYEN SOBRE UNA BASE OSEA AMPLIA.

OSTEOTOMIA.

CUANDO EL DIENTE RETENIDO ESTA CUBIERTO POR HUESO ESTE\_  
 SE DEBE ELIMINAR POR MEDIO DE FRESAS PARA HUESO Y/O POR ME-  
 DIO DE ESCOPILOS.

FRESAS PARA HUESO.- SE UTILIZAN FRESAS DE PUNTA DE LANZA PARA COMENZAR EL CORTE A TRAVES DE LA DENSA CORTICAL OSEA SE HACEN ORIFICIOS EN EL HUESO QUE CUBRE EL DIENTE, A 4 MM. DE DISTANCIA ENTRE UNO Y OTRO. CERCA DEL SEGUNDO MOLAR NO SE HACEN PERFORACIONES PARA NO LESIONARLO.

SE LAVA CONSTANTEMENTE EL SITIO CON AGUA BIDEUTILADA.

ESCOPIOS.- POR MEDIO DE LOS ESCOPIOS SE UNEN LOS ORIFICIOS PREVIAMENTE HECHOS Y SE QUITA EL HUESO. LOS ESCOPIOS DEBEN AFILARSE ANTES DE USARSE Y ESTERILIZARSE EN UN MEDIO FRIO, PARA NO ARRUIANAR EL BORDE CORTANTE.

EXISTEN DOS TIPOS DE ESCOPIOS:

A.- ESCOPIO DE PRESION MANUAL Y MENOS RECOMENDABLE.

B.- ESCOPIO Y MARTILLO DE MANO, SATISFACTORIO SI EL ASISTENTE ESTA ENTRENADO

REGLAS GENERALES PARA LA OSTECTOMIA.

LA CANTIDAD DE HUESO QUE SE DEBE ELIMINAR ALREDEDOR DEL DIENTE RETENIDO EN MALPOSICION O NO ERUPCIONADO, VA A DEPENDER DEL TIPO DE RETENCION, LA POSICION DEL DIENTE, EL ACCESO A LA ZONA EN QUE ESTA EL DIENTE Y EL TAMANO DEL DIENTE RETENIDO.

SE DEBE ELIMINAR BASTANTE HUESO PARA PERMITIR ELEVAR EL DIENTE DE SU LECHO, SIN NECESIDAD DE PRESIONES DESCOMUNALES. SI SE USA UNA FUERZA EXCESIVA PARA TRATAR DE ELEVAR AL DIENTE A TRAVES DEL HUESO SE PUEDE FRACTURAR ESTE. NUNCA SE DEBE DE EXTRAER UN DIENTE RETENIDO ATRAVES DE UNA ABERTURA PEQUEÑA, PUES SI NO SE FRACTURA HABRIA MUCHO TRAUMATISMO Y AUMENTARIAN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

EXTRACCION DE LOS SEGUNDOS MOLARES INFERIORES.- SOLO SE UTILIZA EN LOS CASOS MUY RAROS EN QUE EL DIENTE RETENIDO ESTA POR DEBAJO DE LAS RAICES DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR O ENCIMA DE LAS RAICES DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR A MENOS QUE EL SEGUNDO MOLAR ESTE INFECTADO O CARIADO DE TAL MODO QUE NO TENGA SALVACION.

EXTRACCION DEL SACO PERICORONARIO.- SIEMPRE SE DEBE ELIMINAR ESTE TRAS LA EXTRACCION DE LOS DIENTES RETENIDOS O NO ERUPCIONADOS, PUES ESTE TEJIDO TIENE LA CAPACIDAD DE PRODUCIR UN AMELOBLASTOMA.

TECNICA DE SECCIONAMIENTO.- ES LA REDUCCION DE LA CORONA EN PIEZAS PEQUEÑAS QUE VAN SACANDO OBTENIENDOSE UN ESPACIO A TRAVES DEL CUAL SE QUITAN LAS PORCIONES RESTANTES DE LA RAIZ. ESTO SE REALIZA CON ESCOPILOS O FRESAS O CON AMBOS.

VENTAJAS.

1.- EL CAMPO DE OPERACION ES MAS PEQUEÑO, YA QUE AL TRABAJAR POCO O NADA EN LA ZONA POSTERIOR AL DIENTE LAS INCISIONES SON MENOS EXTENSAS (MENOR INFLAMACION Y MENOR TRISMO POSTOPERATORIO.

SIN EMBARGO ES PREFERIBLE EXPONER MAYOR CAMPO OPERATORIO QUE DEMACIADO PEQUEÑO.

2.- LA EXERESIS OEA ES ELIMINADA O CONSIDERABLEMENTE REDUCIDA.

3.- EL TIEMPO OPERATORIO SE ACORTA, UN SIMPLE GOLPE DE ESCOPLA SECCIONARA UN DIENTE Y PROVEERA DE SUFICIENTE ESPACIO.

4.- EL TRISMO PRODUCIDO POR LA LESION DE LOS LIGAMENTOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR, RESULTADO DE LA ELEVACION DEL DIENTE POR LA FUERZA, SE ELIMINA. CON ESTE METODO SE UTILIZAN SOLAMENTE PEQUEÑOS ELEVADORES.

5.- NO SE LESIONAN LOS DIENTES ADYACENTES Y EL HUESO.

6.- EL RIESGO DE FRACTURA ES MENOR.

7.- SE PREVIENE EL ADORMECIMIENTO DEL LABIO CONSECUTIVO A LA EXTRACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS, EN LOS QUE SE HAYA HECHO POTENTE PALANCA, Y FORZADO LAS RAICES DEL DIENTE CONTRA EL NERVIO DENTARIO INFERIOR.

## DESVENTAJAS.

1.- LOS DIENTES CON SURCOS POCO PROFUNDOS NO SE PARTEN.  
SECCIONESE LA CORONA CON UNA FRESA.

2.- DIENTES DE PACIENTES ANCIANOS, DIFICILES DE PARTIR.  
EN ESTOS CASOS, LAS CORONAS SON SECCIONADAS CON FRESA.

3.- EN ALGUNOS CASOS ES IMPOSIBLE COLOCAR EL ESCOPLA ,  
SIGUIENDO EL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE. ESTO ES ESCENCIAL\_  
PARA QUE EL DIENTE SE PARTA.

4.- A VECES, PARTIR EL DIENTE TIENE POCA VENTAJA, POR -  
QUE NO SE PUEDE CONTROLAR LA DIRECCION DEL CORTE.

5.- LOS PACIENTES SUFREN EN GENERAL MOLESTIAS POR EL U-  
SO DEL ESCOPLA. SI LA OPERACION SE HACE CON ANESTESIA LOCAL\_  
ESTE ES FACTOR QUE DEBE CONSIDERARSE CONSIDERARSE. EN TAL -  
CIRCUNSTANCIA ES PRECISO EMPLEAR FRESA.

EXTRACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS POR\_  
LA TECNICA DE SECCIONAMIENTO.

ESTA TECNICA REDUCE MUCHO LA CANTIDAD DE HUESO POR ELIMI-  
NAR AUNQUE LA GRAN MAYORIA DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS  
REQUIERA LA ELIMINACION DE ALGUNA PORCION DE HUESO.

COMO REGLA GENERAL LA CLASE I, POSICION A RETENCION ME-

STOANGULAR, REQUIERE Poca REMOCION DE HUESO. EN ALGUNOS CA--  
 SOS ES NECESARIO REDUCIR LA CORTICAL VESTIBULAR A FIN DE EX-  
 PONER EL ANGULO MESIOVESTIBULAR Y EL SURCO CORRESPONDIENTE .  
 LA PORCION MESIAL DE LA CORONA, QUE ESTA COLOCADA DEBAJO DE\_  
 LA CONVEXIDAD DEL SEGUNDO MOLAR, PUEDE SEPARARSE DE LAS RAI-  
 CES POR MEDIO DE UN ESCOPIO QUE SE INSERTA EN ESE SURCO Y ES  
 GOLPEADO HABILMENTE CON UN MARTILLO.

ENTRE MAS PROFUNDA SEA LA RETENSION OSEA MAS SE DEBERA\_  
 REMOVER LA LAMINA VESTIBULAR.

TECNICAS PARA LA EXTRACION DE TERCEROS MOLARES INFERIO-  
 RES EN DISTINTAS POSICIONES.

POSICION VERTICAL.

INCISION.

ES SUFICIENTE UNA INCISION MINIMA DE PROFUNDIDAD TAL, -  
 QUE EL BISTURI TOQUE EL HUESO O LA CORONA DENTARIA; SE INI -  
 CIA SOBRE EL TEJIDO GINGIVAL QUE CUBRE LA CARA OCLUSAL DEL \_  
 MOLAR RETENIDO, ALGUNOS MILIMETROS POR DETRAS DEL ANGULO DIS  
 TOOCLUSAL DE SU CORONA Y SE DETIENE A NIVEL DE LA LENGUETA -  
 ENTRE SEGUNDO Y PRIMER MOLAR, LUEGO DE FESTONEAR LA MITAD BU  
 CAL DEL SEGUNDO.

LA INCISION PUEDE COMPLETARSE CON LA SECCION A TIJERA -  
RECTA Y FINA DE LAS INSERCCIONES DEL SACO A LA MUCOSA, QUE -  
PERMITE DESCUBRIR LA CARA DISTAL DEL MOLAR Y EL HUESO DISTAL  
DONDE A VECES SERA PRECISO REALIZAR OSTECTOMIA.

#### DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

CON EL PERIOSTOTOMO SE DESPRENDE EL COLGAJO EN TODA SU  
EXTENSION, DEJANDO CORRECTAMENTE LIBRES LAS CORRESPONDIENTES  
CARAS DENTARIAS Y LAS ESTRUCTURAS OSEAS, PARA PODER APLICAR\_  
LOS INSTRUMENTOS DEDICADOS A LA EXODONCIA.

#### OSTECTOMIA.

ESTA REGIDA POR LA CANTIDAD DE HUESO QUE PROTEGE EL MO-  
LAR RETENIDO, ESCASA EN ESTE TIPO DE RETENCION. ESTAN INDICA  
DAS EL ESCOPLLO RECTO O FRESA REDONDA NO. 8 DE CARBURO DE TUN  
GSTENO. LA OSTEOTOMIA DISTAL SE AJUSTARA A LA CONFORMACION Y  
DISPOSICION DE LAS RAICES, PARA QUE LA EXTRACCION SIGA LAS -  
LEYES DE LA CIRUGIA ATRALMATICA Y PUEDA DESPLAZAR AL MOLAR -  
EN SENTIDO DISTAL POR APLICACION DE UNA FUERZA SUFICIENTE EN  
SU CARA MESIAL QUE HA DE VENCER UNICAMENTE LAS RESISTENCIAS\_



PROPIAS, Y NO TAMBIEN LAS ESTRUCTURAS OSEAS, PUES EL USO IN-  
DISCRIMINADO DE TAL FUERZA SE TRADUCE EN FRACTURAS OSEAS PAR-  
CIALES O TATALES O APLASTAMIENTOS DEL HUESO VECINO.

#### EXTRACCION.

POR APLICACION DEL PRINCIPIO DE LA PALANCA, SE COLOCA -  
EL ELEVADOR NO. 2R O L. DE WINTER (O SUS SIMILARES), EN EL ES-  
PACIO INTERDENTARIO DE TAL MODO QUE SU CARA PLANA SE ADAPTE\_  
A LA CARA MESIAL DEL RETENIDO Y SE GIRA EL MANGO DEL INSTRU-  
MENTO EN EL SENTIDO DE LAS AGUJAS DEL RELOJ PARA EL LADO DE-  
RECHO, SE DESARROLLA ASI LA FUERZA SUFICIENTE PARA DESPLAZAR  
EL MOLAR HACIA ARRIBA Y HACIA DISTAL.

EL MOLAR, YA LUXADO HACIA EL LADO DISTAL, PUEDE SER ELI-  
MINADO CON UNA PINZA PARA MOLARES INFERIORES O CON UN ELEVA-  
DOR DE APLICACION BUCAL, COLOCADO ENTRE LAS DOS RAICES.

LAS DISTINTAS DISPOSICIONES, DESVIACIONES Y CEMENTOSIS\_  
RADICULARES EXIGIRAN INTRODUCIR MODIFICACIONES EN LA TECNICA  
Y OBLIGARAN A SECCIONAR EL MOLAR Y EXTRAER SUS ELEMENTOS POR  
SEPARADO.

POSICION MESIOANGULAR, EN CUALQUIERA DE SUS DESVIACIO -

NES, DEBE AJUSTARSE A UNA SERIE DE REQUISITOS, IMPUESTOS POR LA POSICION, CANTIDAD DE HUESO DISTAL Y DISTOCLUSAL Y EL POSIBLE CONTACTO O ANCLAJE DEL ANGULO MESIOCLUSAL DE SU CORONA CON LA CORONA, CUELLO O RAIZ DEL SEGUNDO MOLAR.

#### INCISION.

SE REQUIERE UNA AMPLIA, QUE PERMITA LA PREPARACION DE UN COLGAJO UTIL. SE INICIA SOBRE LA MUCOSA A NIVEL DE LA CARA DISTAL DEL RETENIDO Y SE CONTINUA Y TERMINA COMO DE COSTUMBRE.

#### DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

CON UN PERIOSTOTOMO SE SEPARA EL COLGAJO, DE MODO QUE DESCUBRA LA CARA DISTAL DEL MOLAR Y LOS HUESOS VECINOS; SE SOSTIENE EL COLGAJO CON EL MISMO PERIOSTOTOMO O CON UN SEPARADOR.

#### OSTEOTOMIA.

SE ELIMINA EL HUESO DISTAL CON UN ESCOPIO RECTO O CON FRESA REDONDA NO. 8 EN LA CANTIDAD NECESARIA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES Y EXTENSION DEL HUESO, INDICADOS POR LA RADIOGRAFIA.

## EXTRACCION.

LA EXTRACCION DE ESTE TIPO DE MOLARES SE REALIZA A.- APLICANDO UN ELEVADOR SOBRE SU CARA MESIAL Y DIRIGIENDOLO HACIA ARRIBA Y HACIA DISTAL, O B.- MEDIANTE LA ODONTOSECCION, RESERVADA PARA MOLARES CON HUESO PERICORONARIO ABUNDANTE O CON ALGUNA DE LAS ANOMALIAS RADICULARES.

EN LA ODONTOSECCION SEGUN EL EJE MAYOR SE APLICA UN ESCOPOLO DE HOJA ANCHA SOBRE LA CARA OCLUSAL Y CON UN GOLPE SECO DE MARTILLO SE DIVIDE EL MOLAR. LA PORCION DISTAL SECCIONADA SE ELIMINA INTRODUCIENDO UN ELEVADOR DE WINTER, UN ELEVADOR RECTO O UN ELEVADOR DE CLEV-DENT EN EL ESPACIO CREADO POR LA ODONTOSECCION Y HACIENDOLO ACTUAR COMO CUÑA A FIN DE DESPLAZAR HACIA DISTAL LA PORCION DISTAL SECCIONADA. LA PORCION MESIAL SE EXTRAE COMO SI SE TRATARA DEL MOLAR ENTERO, INTRODUCIENDO EL ELEVADOR POR DEBAJO DE LA CARA MESIAL.

EN LA ODONTOSECCION SEGUN EL EJE MENOR SE SECCIONA EL MOLAR A NIVEL DEL CUELLO, CON UNA FRESA DE FISURA O REDONDA NO. 8, SECCIONADA LA CORONA SE INTRODUCE UN ELEVADOR RECTO EN LA LUZ DE LA SECCION PARA VERIFICAR LA REALIDAD DEL CORTE Y EVENTUALMENTE SE EMPLEA EL DISYUNTOR INSTRUMENTO QUE AYUDA A SEPARAR CORONA Y RAICES. SE APLICA LUEGO EL ELEVADOR DE

WINTER NO 2R O L POR DEBAJO DE LA CARA MESIAL Y SE DESPLAZA LA CORONA HACIA ARRIBA. LA PORCION RADICULAR SE EXTRAE LUEGO DE REALIZAR UN ORIFICIO DE APOYO SOBRE LA CARA DISTAL -- DEL MACIZO RADICULAR PARA INTRODUCIR EN EL LA PUNTA DEL ELEVADOR DE WINTER NO. 14 R O L, Y APOYADO SOBRE EL BORDE OSEO DISTAL, DESPLAZAR CON EL LA RAIZ HACIA EL ESPACIO QUE OCUPABA LA CORONA.

#### POSICION HORIZONTAL.

LOS TERCEROS MOLARES HORIZONTALES PRESENTAN PROBLEMAS QUIRURGICOS IMPORTANTES, SOBRE TODO EN LAS DISTINTAS DESVIACIONES, MUCHO MAS CUANDO TIENEN SU CARA MESIAL INACCESIBLE. LAS TECNICAS DE OSTECTOMIA Y ODONTOSECCION DEBEN COMPLETARSE PARA LOGRAR EL EXITO. LOS PROCESOS SUBYACENTES A LA CARA MESIAL SON FRECUENTES.

#### INCISION Y DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

LA INCISION ES LA CLASICA YA SEÑALADA; DEBE PERMITIR OBTENER UN AMPLIO COLGAJO QUE DESCUBRA LA CARA DISTAL DEL MOLAR Y EL HUESO DISTAL.

#### OSTECTOMIA.

SERA NECESARIA LA RESECCION DEL HUESO BUCAL ( HUESO QUE SURGE A LA VISTA DESPUES DE LA SEPARACION DEL COLGAJO ) Y LA DEL HUESO DISTAL, ESTA ULTIMA, QUE QUEDARA SUJETA A LO QUE - INDIQUEN LA RADIOGRAFIA Y LA INSPECCION CLINICA, PODRA REALIZARSE CON ESCOPIO O FRESA.

#### EXTRACCION.

LOS MOLARES DE ESTE TIPO, SI NO HAY PROBLEMAS EN SU PORCION RADICULAR, PUEDEN EXTRAERSE COLOCANDO UN ELEVADOR NO. 2 R O L POR DEBAJO DE LA CARA MESIAL, APOYADO SOBRE EL HUESO MESIAL. EL GIRO DEL MANGO DEL INSTRUMENTO ELEVARA EL MOLAR - HACIA ARRIBA Y HACIA EL LADO DISTAL. EN LAS OTRAS CIRCUNSTANCIAS, DE RAICES DIVERGENTES O CON CEMENTOSIS, SE DEBERA SECCIONAR EL MOLAR A NIVEL DE SU CUELLO Y CONTINUAR LA OPERACION; SI HAY ACCESO FACIL A LA CARA OCLUSAL, SE PODRA REALIZAR LA ODONTOSECCION SEGUN EL EJE MAYOR DEL MOLAR.

#### POSICION DISTOANGULAR.

EN LA POSICION DISTOANGULAR EL PROBLEMA QUIRURGICO AGREGA UNA DIFICULTAD A LOS FACTORES COMUNES DE TODA RETENCION :

EL HUESO DISTAL, SOLIDA MURALLA QUE IMPIDE DEL NORMAL DESPLAZAMIENTO HACIA EL LADO DISTAL DEL MOLAR RETENIDO CUANDO LE ES APLICADA UNA FUERZA SOBRE SU CARA MESIAL. EL ESCOLLO PUEDE SER VENCIDO SUPRIMIENDO EN CANTIDAD SUFICIENTE EL HUESO DISTAL O RESTANDO VOLUMEN A LA PORCION CORONARIA DEL MOLAR RETENIDO, PARA QUE PUEDA REALIZAR EL MOVIMIENTO ELIMINATORIO

#### INCISION Y DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

EL TRAZADO DE LA INCISION SIGUE PARECIDOS CONTORNOS A LOS DEL INDICADO PARA LA RETENCION VERTICAL, DEBIENDO PROLONGARSE HASTA EL PRIMER MOLAR. SE INICIA UN POCO MAS DISTALMENTE. EL COLGAJO TIENE UNA FUERTE ADHERENCIA CON EL SACO PERICORONARIO, A NIVEL DE LA CUSPIDE BUCODISTAL DEL RETENIDO.

#### OSTECTOMIA.

EN ESTAS RETENCIONES EL HUESO OCLUSAL SOBRE VARIABLES PORCIONES DE LA CARA OCLUSAL, EL DISTAL PUEDE CONTINUARSE CON EL OCLUSAL O DETENERSE A NIVEL DEL ANGULO DISTOOCLUSAL DEL TERCERO Y EL HUESO BUCAL POR LO GENERAL ES SOLIDO Y DE COMPACTA CONSISTENCIA, POR SU VECINDAD CON LA LINEA OBLICUA EXTERNA.

ES IMPORTANTE RESECAR EL HUESO DISTAL PARA PERMITIR EL-  
DESPLAZAMIENTO DEL MOLAR RETENIDO, QUE AL SER DIRIGIDO HACIA  
EL LADO DISTAL SE ALOJA EN EL HUESO, COMPLICANDO LA EXTRAC -  
CION.

### TERCER MOLAR RETENIDO SUPERIOR

LAS INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE TERCERO MOLA - RES SUPERIORES INCLUIDOS, SON SIMILARES A LOS DE LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS. ESTAS INCLUYEN PROBLEMAS TALES COMO PERICORONITIS, PERIODONTITIS, CARIES, RESORCION PATOLOGICA, QUISTES, NEOPLASIAS Y DOLOR IDEOPATICO. SIN EMBARGO LA FRECUENCIA DE TALES SECUELAS ES MENOR QUE EN LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS. LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES, COMO LOS INFERIORES TAMBIEN PUEDEN ENCONTRARSE EN BORDES ALVEOLARES DESDENTADOS.

LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES NO FRECUENTEMENTE PROVOCAN APIÑAMIENTO DE LA DENTICION. NO EXISTEN DATOS QUE COMPRUEBEN QUE LOS DIENTES INCLUIDOS PROVOQUEN RECIDIVA ORTODONTICA.

LA MAYOR PARTE DE LOS DIENTES INCLUIDOS VAN A CAUSAR PROBLEMAS A LA LARGA. COMO LAS COMPLICACIONES OPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS SE REDUCEN SIGNIFICATIVAMENTE CUANDO EL TERCER MOLAR INCLUIDO NO SE ENCUENTRA AFECTADO POR ALGUNA PATOLOGIA, ES RECOMENDABLE QUE TALES DIENTES SEAN EXTRAIDOS TAN



PRONTO COMO SE DETERMINE QUE NO EXISTE SUFICIENTE ESPACIO O QUE SE ENCUENTRAN EN UNA POSICION ANORMAL PARA LA ERUPCION . SE PUEDE TOMAR ESTA DECISION CUANDO EL PACIENTE TIENE 16 O - 17 AÑOS DE EDAD.

LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES SE EXTRAEN CON MENOS DIFICULTAD QUIRURGICA QUE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES, DEVIDO A QUE EL HUESO DE LA ZONA ES MENOS DENSO, LO QUE PERMITE MOVER AL DIENTE MEDIANTE LA TECNICA DEL ELEVADOR.

LA VISION ES DIFICIL Y EL CIRUJANO DEBERA ACOSTUMBRARSE AL TACTO DE ESTOS DIENTES AL SER EXTRAIDOS UTILIZANDO LOS ELEVADORES APROPIADOS. EL MOVIMIENTO DE LA MANDIBULA HACIA UNA EXCURSION LATERAL ES UTIL YA QUE PROPORCIONA UN ESPACIO MAYOR ENTRE LA RAMA ASCENDENTE Y LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.

FACTORES QUE COMPLICAN LA EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

EXISTEN FACTORES QUE PUEDEN COMPLICAR LA TECNICA OPERATORIA PARA LA EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO; ENTRE ESTOS FACTORES ENCONTRAMOS QUE PUEDE EXISTIR PROXIMIDAD DEL SENO MAXILAR; LA UBICACION DEL TERCER MOLAR EN PARTE DENTRO DE LAS RAICES DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR E

INMEDIATAMENTE POR ENCIMA DE ELLOS; CUANDO SE ENCUENTRAN FUSIONADAS LAS RAICES DEL SEGUNDO Y TERCER MOLAR; ANORMALIDAD EN LA CURVATURA RADICULAR; HIPERCEMENTOSIS, HUESO CIGOMATICO PROXIMO AL HUESO MAXILAR, DENSIDAD OSEA MARCADA, ESTO ES EN PACIENTES MAYORES; ESPACIO FOLICULAR CUBIERTO CON HUESO, ESTO SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA EN ANCIANOS; DIFICULTAD DE ACCESO AL SITIO OPERATORIO, A CAUSA DEL MUSCULO ORBICULAR DE LOS LABIOS O INCAPACIDAD PARA ABRIR LA BOCA AMPLIAMENTE . EN LA ACTUALIDAD SE OBTIENE UNA MEJOR VISION EN ALGUNOS CASOS, CON LA BOCA PARCIALMENTE CERRADA, Y ESTO PERMITE MAYOR TRACCION DEL CARRILLO.

#### MATERIAL.

- 1.- BISTURI BARD-PARKER.
- 2.- HOJA PARA BISTURI NO. 12 BARD-PARKER Y NO. 15
- 3.- PERIOSTOTOMO.
- 4.- ESCOPLA.
- 5.- GUBIAS.
- 6.- ELEVADORES MILLER 73 Y 74.
- 7.- SUTURA 000.
- 8.- AGUJA PARA SUTURAR.

- 9.- TIJERAS PARA CORTAR SUTIRA.
- 10.- JERINGA PARA ANESTESIA.
- 11.- PORTAAGUJAS.
- 12.- AGUJA PARA ANESTESIA.
- 13.- ANESTESIA.

#### TECNICA.

#### COLGAJO DE TEJIDOS BLANDOS.

SE HACE UNA INCISION DESDE ATRAS DE LA TUBEROSIDAD EN EL SURCO HAMULAR, CON BISTURI DE BARD-PARKER HOJA NO. 12.

POSTERIORMENTE LA MUCOSA QUE RECUBRE LA TUBEROSIDAD ES INCIDIDA, DESDE LA PORCION MAS DISTAL DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR, HACIA ADELANTE, HASTA LLEGAR AL PUNTO MEDIO DE LA SUPERFICIE DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.

SE CONTINUA LA INCISION POR VESTIBULAR, RODEANDO EL CUELLO DEL SEGUNDO MOLAR, HASTA EL ESPACIO PROXIMAL ENTRE EL CUELLO DEL SEGUNDO MOLAR, HASTA EL ESPACIO PROXIMAL ENTRE EL PRIMERO Y SEGUNDO MOLARES, Y DESPUES HACIA EL FONDO DEL SURCO VESTIBULAR, EN UN ANGULO DE 45 GRADOS. ESTA ULTIMA INCISION SE REALIZA CON UNA HOJA PARA BISTURI NO. 15 DE BARD-PARKER.

SE DESPRENDE Y SE SEPARA CON EL PERIOSTOTOMO LA PORCION DE LA MUCOSA QUE CUBRE LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO, LO QUE DA ACCESO ADECUADO AL HUESO.

#### OSTEOTOMIA.

PARA EXPONER LA CORONA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO MUCHAS OCACIONES SOLO ES NECESARIO UN ESCOPLA O PINZAS GUBIAS, ESTO ES DEVIDO A QUE EL HUESO QUE LO RECUBRE NO ES GENERALMENTE MUY DENSO Y ESTO FACILITA SU REMOSION. EN ESTA INTERVENSION SE DEBE TENER CUIDADO DE NO EMPUJAR O PRESIONAR - POR INADVERTENCIA EL DIENTE DENTRO DEL SENDO MAXILAR O FOSA PTERIGOMAXILAR. DEBIDO A QUE EXISTE ESTE PELIGRO, LA TECNICA DE SECCIONAMIENTO NO SE DEBE REALIZAR O NO ES NECESARIA PARA LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

POSTERIORMENTE QUE EL HUESO SE HA ELIMINADO Y SE HA EXPUESTO LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO, SE ELIMINA SUFICIENTE HUESO PARA EXPONER EL ECUADOR DE LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO.

#### EXTRACCION.

UNA VEZ QUE SE OBTUVO SUFICIENTE ESPACIO ENTRE EL HUESO

Y EL ECUADOR DEL DIENTE, COMO PARA PERMITIR LA INTRODUCCION DE UN ELEVADOR, DE TAL MODO QUE LA PUNTA DE ESTE PUEDA SER COLOCADA DEBAJO DE LA CORONA, CERCA DEL BORDE GINGIVAL, EN EL ANGULO MESIOVESTIBULAR, SE LEVANTA DE SU LECHO EL DIENTE, RETENIDO POR MEDIO DE ELEVADORES. LOS MAS UTILES PARA ESTA OPERACION SON LOS DE MILLER 73, PARA SUPERIORES IZQUIERDOS, Y MILLER 74 PARA SUPERIORES DERECHOS.

DEBAJO DE LA CORONA SE INTRODUCE UN ELEVADOR APROPIADO, A LA ALTURA DEL CUELLO DEL DIENTE, Y UTILIZANDO COMO PUNTO DE APOYO LA CORTICAL VESTIBULAR, SE ELEVA DE SU LECHO EL DIENTE HACIA VESTIBULAR Y DISTAL.

CUIDANDO QUE EL ELEVADOR ESTE COLOCADO DEBAJO DE LA CORONA Y AL NIVEL DEL PUNTO MAS ALTO DE LA VENTANA LABRADA EN EL HUESO, Y DE QUE LA PRESION SEA HACIA VESTIBULAR Y DISTAL. ESTO ES CON EL FIN DE EVITAR QUE EL DIENTE RETENIDO SEA PRESIONADO AL SENO MAXILAR O LA FOSA PTERIGOMAXILAR.

SI SE INTRODUCE EL DIENTE EN EL SENO MAXILAR, SERA NECESARIO ABRIR POR ENCIMA DE LA ZONA DE LOS PREMOLARES, PARA ELIMINAR EL DIENTE.

PARA LA EXTRACCION DE LOS DIENTES RETENIDOS, LO MAS IMPORTANTE, ES REALIZAR UNA ABERTURA ADECUADA, ESTO ES, LA ELI

MINACION DEL HUESO QUE RECUBRE Y RODEA EL DIENTE MAS ALLA DE LA ALTURA DEL CONTORNO DE LA CORONA.

DEBE EXISTIR SUFICIENTE ESPACIO PARA PASAR LA PUNTA DE UN ELEVADOR POR DEBAJO DE LA CORONA Y ENTRE ESTA Y EL HUESO QUE LA RODEA.

EN EL CASO DE QUE EL MOLAR ESTE RETENIDO POR PALATINO - SE DEBE DE TOMAR CUIDADOS EXTREMOS PARA NO SECCIONAR LA ARTERIA PALATINA ANTERIOR Y SU SALIDA POR EL CONDUCTO PALATINO - POSTERIOR.

## CUIDADOS Y MEDICACION POSTOPERATORIA

POSTOPERATORIO, ES EL CONJUNTO DE MEDIDAS, PRECAUCIONES Y TECNICAS QUE SE REALIZAN DESPUES DE LA OPERACION CON EL OBJETO DE MANTENER LOS FINES LOGRADOS POR LA INTERVENCION, REPARAR LOS DAÑOS QUE SURJAN CON MOTIVO DEL ACTO QUIRURGICO, - COLABORAR CON LA NATURALEZA, EN EL LOGRO DEL PERFECTO ESTADO DE SALUD.

EL TRATAMIENTO POSTOPERATORIO ES LA FASE MAS IMPORTANTE DE NUESTRO TRABAJO. TANTO ES ASI, QUE LA VIGILANCIA, CUIDADO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE, UNA VEZ TERMINADA LA OPERACION, PUEDEN MODIFICAR Y AUN MEJORAR LOS INCONVENIENTES SURGIDOS EN EL CURSO DE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

LA CIRUGIA BUCAL SE EFECTUA EN UN PACIENTE AMBULATORIO Y SALVO EXCEPCIONES QUE SE FUNDAN MAS BIEN EN EL TIPO DE ANESTESIA USADO QUE EN LA OPERACION MISMA, EL ENFERMO NO NECESITA SER HOSPITALIZADO.

HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL.

UNA VEZ TERMINADA LA OPERACION, SE LAVA MUY BIEN LA SAN

GRE QUE SE PUDO HABER DEPOSITADO SOBRE LA CARA DEL PACIENTE, CON UNA GASA MOJADA EN AGUA OXIGENADA. LA CAVIDAD BUCAL SERA IRRIGADA CON UNA SOLUCION TIBIA DE AGUA OXIGENADA, QUE LIMPIARA ASI Y ELIMINARA SANGRE, SALIVA, RESTOS QUE EVENTUALMENTE PUEDEN DEPOSITARSE EN LOS SURCOS VESTIBULARES, DEBAJO DE LA LENGUA, EN LA BOVEDA PALATINA Y EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS. ESTOS ELEMENTOS EXTRAÑOS ENTRAN EN PUTREFACCION.

UNA VEZ QUE SE FORMO EL COAGULO, EL PACIENTE EN SU CASA HARA LAVAJES SUAVES DE SU BOCA (COLUTORIOS), CUATRO HORAS - DESPUES DE LA INTERVENSION, CON CUALQUIER SOLUCION ANTISEPTICA.

#### FISIOTERAPIA.

HA AUMENTADO EL EMPLEO DE AGENTES FISICOS PARA MEJORAR Y MODIFICAR LAS CONDICIONES DE LA HERIDAS EN LA CAVIDAD BUCAL, COMO SON EL EMPLEO DEL CALOR, FRIO, IRRDIACIONES ULTRAVIOLETAS.

FRIO.- SE HA UTILIZADO CON FRECUENCIA EL FRIO COMO TRATAMIENTO POSTOPERATORIO. SE USAN BOLSAS CON HIELO O TOALLAS AFELPADAS MOJADAS EN AGUA HELADA, QUE SE COLOCAN SOBRE LA CARA, FRENTE AL SITIO DE LA INTERVENCION. EL PAPEL DEL FRIO ES



EVITAR LA CONGESTION Y EL DOLOR POSTOPERATORIO, PREVENIR LOS HEMATOMAS Y LAS HEMORRAGIAS, DISMINUIR Y DELIMITAR LOS EDEMAS POSTOPERATORIOS. EL FRIO SE UTILIZA POR PERIODOS DE QUINCE MINUTOS, SEGUIDOS DE PERIODOS IGUALES DE DESCANSO, Y DURANTE NO MAS DE LOS PRIMEROS TRES DIAS PUES MAS TIEMPO ES INEFICAZ, CUANDO NO PERJUDICIAL.

PUEDE SER COMPLEMENTADA LA ACCION DEL FRIO CON UNA SOLUCION ENFRIADA DE SULFATO DE MAGNESIO (100 G. EN 500 ML. DE AGUA) EN LUGAR DE AGUA; LA APLICACION EN EL LUGAR INDICADO SE HACE MEDIANTE UNA TOALLA EMPAPADA EN LA SOLUCION, CUYO RESTO SE GUARDA EN LA NEVERA, PARA MANTENERLA REFRIGERADA; EL SULFATO DE MAGNESIO REDUCE LOS EDEMAS.

CALOR.- LA TERAPEUTICA POSTOPERATORIA POR EL CALOR CONSISTE EN BUCHES CALIENTES Y COMPRESAS FRIAS AL EXTERIOR, O VICEVERSA. DESPUES DEL TERCER DIA PUEDE APLICARSE PARA DISMINUIR DOLORES POSTOPERATORIOS.

RAYOS INFRAROJOS.- SON FUENTES DE CALOR, SE EMPLEAN DESPUES DE LAS APICECTOMIAS O DE EXTRACCIONES LABORIOSAS. SE USAN TAMBIEN EN EL TRATAMIENTO DE LAS ALVEOLITIS.

RAYOS ULTRAVIOLETA.- SE UTILIZA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DOLORES POSTOPERATORIOS.

CUIDADOS DE LA HERIDA.

LAS HERIDAS DE LA CAVIDAD BUCAL SI EVOLUCIONAN NORMAL - MENTE NO NECESITAN TERAPEUTICA. LA NATURALEZA PROVEE LAS CON - DICIONES SUFICIENTES PARA LA FORMACION DEL COAGULO Y LA PRO - TECCION DEL COAGULO, TIENE LA MEJOR DEFENSA CONTRA LA INFEC - CION Y LOS DOLORES.

LA HERIDA SE DEBE IRRIGAR SUAVEMENTE, DESPUES DEL SEGUN - DO DIA, CON SUERO FISIOLOGICO TIBIO O CON UNA SOLUCION ALCO - HOLICA DE FENOL ALCANFORADO ( FENOL ALCANFORADO, 30 GOTAS; - ALCOHOL 3 ML; AGUA 200 ML.) LOS PUNTOS DE SUTURA SE EXTRAE - RAN HASTA EL CUARTO O QUINTO DIA, A EXCEPCION DE LAS SUTURAS DE TERCER MOLAR O MAS POSTERIORES, LAS CUALES SE EXTRAEN EL - SEGUNDO DIA PUES ACTUAN COMO CUERPO EXTRAÑO, PROVOCANDO IN - FLAMACIONES LOCALIZADAS Y SUPURACIONES.

EXTRACION DE LOS PUNTOS DE SUTURA.

SE PASA SOBRE EL HILO A EXTRAERSE UN ALGODON EMBEBIDO - EN TINTURA DE YODO O DE MERTHIOLATE CON EL OBJETO DE DESIN -

PECTAR LA PARTE DEL HILO QUE ESTANDO EN LA CAVIDAD BUCAL SE ENCUENTRA INFECTADA. CON UNA PINZA SE TOMA UN EXTREMO DEL NUDO QUE EMERGE SOBRE LOS LABIOS DE LA HERIDA, Y SE TRACCIONA EL HILO COMO PARA PERMITIR OBTENER UN TROZO DE ESTE POR DEBAJO DEL NUDO Y ASI CORTARLO A ESTE NIVEL.

CON UNA TIJERA TOMADA CON LA MANO DERECHA, SE CORTA EL HILO, LA MANO IZQUIERDA SIGUE TRACCIONANDO EL HILO O LO VUELVE A TOMAR PROXIMO AL PUNTO QUE EMERGE POR EL EXTREMO OPUESTO AL DE LA SECCION Y LO TRACCIONA PARA EXTRAERLO DEL INTERIOR DE LOS TEJIDOS. HAY QUE PROCURAR QUE LA MENOR CANTIDAD DE HILO INFECTADO PASE POR EL INTERIOR DE LOS TEJIDOS; LAS RAZONES SON OBIAS.

ASI ELIMINAMOS TODOS LOS PUNTOS DE SUTURA, PROCURANDO NO LASTIMAR LA ENCIA NI ENTREABRIR LOS LABIOS DE LA HERIDA.

LAS SUTURAS FESTONEADAS O CONTINUAS SE ELIMINAN CORTANDO POR SEPARADO CADA VUELTA DE ESPIRAL Y SE EXTRAEN CON LA PRECAUCION, DE NO PASAR EL HILO INFECTADO POR EL INTERIOR DE LOS TEJIDOS.

TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE.

ESTE TRATAMIENTO LO DEBE LLEVAR A CABO EL MEDICO GENERAL EN COLABORACION CON EL CIRUJANO DENTISTA. ESTE TRATAMIENTO SE REFIERE A LA VIGILANCIA DEL PULSO, LA TENSION ARTERIAL ALIMENTACION, Y LAS MEDIDAS TERAPEUTICAS DE ORDEN GENERAL DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO POSTOPERATORIO Y TARJETA PARA CITA POSTOPERATORIA.

**INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS**

El cuidado es importante después de la cirugía bucal y la recuperación puede ser prolongada si esto se descuida. Puede presentarse inflamación, molestia y falta de movimiento. Si esto es excesivo favor de llamar o regresar al consultorio para que se atienda.

**EL DIA DE LA OPERACION**

**SANGRADO.**

- a. Mantener una torunda de gasa en el sitio durante 3 minutos con presión constante y firme.
- b. Mantener la cabeza elevada y descansar.
- c. No chupar o escupir excesivamente. Si persiste el sangrado repetir lo anterior.
- d. Es normal que se presente salivación y cambio de color de la saliva.

**INFLAMACION.**

Aplicar una bolsa de hielo a la región operada durante 10 min. cada 1/2 hora durante las primeras 6 u 8 horas.

**DOLOR.**

Tomar el medicamento indicado por el odontólogo y descansar.

**DIETA.**

Líquidos, alimentos blandos o regulares (según se desee). No omitir alimentos.

**SEGUNDO DIA.**

Cepillar dientes. Utilizar enjuague de agua caliente (1/2 cucharadita de sal en un vaso de agua caliente. 3 a 5 veces por día. Continuar tomando tabletas para el dolor si fuera necesario.

Sr. (a). \_\_\_\_\_  
tiene una cita con

Día	Fecha	Hora
LUNES	_____	_____
MARTES	_____	_____
MIERCOLES	_____	_____
JUEVES	_____	_____
VIERNES	_____	_____

Este tiempo ha sido reservado para usted. Si no le es posible presentarse a su cita, favor de avisar al consultorio 24 horas antes.

Si requiere atención después de horas hábiles, favor de llamar al teléfono:

0-00-00-00

## CONCLUSIONES

LA CIRUGIA BUCAL ES UNA RAMA DE LA ODONTOLOGIA QUE SE ENCARGA DE RESTABLECER LA SALUD ORAL POR MEDIO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS.

ESTE TRATAMIENTO GENERALMENTE SE PRACTICA EN UNA CAVIDAD LIMITADA, LO CUAL OCACIONA QUE SEA NECESARIO ADQUIRIR ABILIDAD Y CONOCIMIENTOS, PERO ESTO NO ES UN OBSTACULO PARA PRACTICAR LA CIRUGIA EN EL CONSULTORIO.

EN ESTE TRABAJO TRATE DE EXPONER LOS CONOCIMIENTOS ESSENCIALES Y LAS TECNICAS MAS SENCILLAS QUE NOSOTROS COMO CIRUJANOS DENTISTAS, PODEMOS UTILIZAR SIN NINGUN PROBLEMA, PERO, CLARO ESTA, CON LA CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA DE LOS TRATAMIENTOS AUNQUE SE CONSIDEREN COMO CIRUGIA MENOR.

NO ES NECESARIO TENER INSTRUMENTAL Y APARATOS SOFISTICADOS PAR OBTENER EXITO EN NUESTRAS INTERVENCIONES, PERO SI, CONTAR CON LO INDISPENSABLE PAR QUE SE OBTENGAN LOS OBJETIVOS DECEADOS.

TAMBIEN SE DEBE ESTAR PREPARADO PARA ALGUNA URGENCIA QUE PUDIERA PRESENTARSE O INCLUSIVE PARA ALGUN FRACASO EN EL TRATAMIENTO.

## BIBLIOGRAFIA

- BURKET W. L.           MEDICINA BUCAL  
SEXTA EDICION  
EDITORIAL INTERAMERICANA.
- DURANTE AVELLANAL    DICIONARIO ODONTOLOGICO.
- KRUGER O. G.           CIRUGIA BUCAL  
TOMO I  
EDITORIAL INTERAMERICANA.
- MAUREL G.              CLINICA Y CIRUGIA MAXILOFACIAL  
TERCERA EDICION  
EDITORIAL ALFA.
- RIES CENTENO G. A.    CIRUGIA BUCAL  
SEPTIMA EDICION  
EDITORIAL EL ATENEO.

FIGUN M. E. ANATOMIA ODONTOLOGICA  
PRIMERA EDICION  
EDITORIAL EL ATENEO.

INGLE BEVERIDGE ENDODONCIA.  
SEGUNDA EDICION  
EDITORIAL INTERAMERICANA.

MERCK. EL MANUAL DE MERCK.  
SEPTIMA EDICION.  
MERCK SHARP. EDITORIAL.



## INDICE

	PAG.
CONCEPTOS GENERALES.....	1
HISTORIA CLINICA.....	4
HISTORIA DENTAL.....	7
ESTUDIOS DE LABORATORIO.....	10
ANESTESICOS.....	21
ANTIBIOTICOS.....	26
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS.....	42
APICECTOMIA.....	47
CANINOS INCLUIDOS.....	53
FRENILECTOMIA O FRENECTOMIA.....	66
REGULARIZACION DE PROCESOS.....	77
TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS...	83
TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS...	101
CUIDADOS Y MEDICACION POSTOPERATORIA....	108
CONCLUSIONES.....	115
BIBLIOGRAFIA.....	116