

24 422



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS**

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a
LAURA GONZALEZ MEZA



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 esta 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.

T E M A R I O

CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

	PAG.
I DEFINICION	1
II ANATOMIA	3
III ETIOLOGIA	15
IV CLASIFICACION	20
V INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	30
VI ESTUDIO PREOPERATORIO	34
HISTORIA CLINICA	35
ESTUDIO RADIOGRAFICO	43
VII INSTRUMENTAL	52
VIII ANESTESIA	68
IX INTERVENCION QUIRURGICA	77
X CUIDADOS POSOPERATORIOS	91
XI COMPLICACIONES	98
CONCLUSION	110
BIBLIOGRAFIA	112

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

El tercer molar merece especial atención por ser una de las piezas dentarias que más transtornos causa al hombre, hablando en terreno Odontológico, por tal motivo nosotros los profesionales, debemos estar capacitados para hacer un diagnóstico acertado y un eficaz y rápido tratamiento en el momento que el paciente lo requiera.

Son múltiples las anomalías que los terceros molares -- pueden ocasionar; las inclusiones en primer lugar trayendo como consecuencia serias alteraciones en la cavidad oral.

En estos casos el tratamiento de elección es la cirugía.

Así mismo debemos tener un vasto conocimiento del instrumental especializado para lograr un hábil manejo en la intervención.

Otra de las razones de la extracción quirúrgica del tercer molar es en tratamientos Ortodónticos, por la presión que ejercen sobre los demás dientes.

Por otra parte se ha hablado de una posible extinción de éste, como consecuencia de la evolución del hombre, basándose en la hipótesis de una reducción del maxilar.

CAPITULO I

DEFINICION

La expresión de "dientes retenidos" se usa más bien imprecisamente para incluir los dientes retenidos en el verdadero sentido de la palabra, o sea, dientes en malposición, hacia lingual o vestibular con respecto al arco normal, o en infraoclusión; y dientes que no han erupcionado después de su tiempo normal de erupción.

Es obvio que un verdadero diente retenido puede también estar en malposición y no haber erupcionado o haberlo hecho parcialmente. Un diente en malposición puede estar erupcionado por completo, en parte, o no. Un diente no erupcionado puede estar en malposición, retenido o en posición normal para la erupción.

Deberán aplicarse inteligentemente términos descriptivos cuando se clasifiquen los dientes retenidos. Se comprende que en muchos casos una descripción completa de los dientes retenidos deberá incluir uno o más de estos términos. En muchos otros casos, el término "retenido" no será aplicable.

Se denomina "dientes retenidos" (dientes incluidos impac-
tados) aquellos que una vez llegada la época normal de su erup-
ción quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la in-
tegridad de su saco pericoronario o fisiológico.

La retención dentaria puede presentarse en 2 formas:

- El diente está completamente rodeado por tejido oseó - -
(retención intraósea).
- El diente está cubierto por la mucosa gingival (reten-
ción subgingival).

Cualquiera de los dientes temporarios, permanentes o super-
numerarios, pueden quedar retenidos en los maxilares.

La retención de los temporarios es un hecho excepcional.-
La denominada inclusión secundaria puede ser posible por una ac-
ción mecánica de los dientes vecinos, que vuelven a introducir al-
diente temporario dentro del hueso de donde provenía (en estas con-
diciones se puede aceptar el término inclusión).

CAPITULO II

ANATOMIA

Para la intervención quirúrgica de los terceros molares -- incluidos, es de vital importancia conocer la anatomía de los maxilares, y las relaciones que guardan éstos con todos los demás elementos anatómicos: tales como nervios, músculos, arterias, etc.

ANATOMIA DEL MAXILAR SUPERIOR

El maxilar es un hueso par situado en la cavidad bucal, -- por fuera de las fosas nasales, formando parte de la constitución de las paredes de estas tres cavidades.

Relativamente voluminosa, es sin embargo muy ligero, debido a la existencia en su interior de una amplia cavidad, el Seno -- Maxilar o Antro de Highmore. Se forma muy irregular, se le puede considerar sin embargo; dos caras, externa e interna y cuatro bordes: anterior, posterior, superior e inferior.

CARA EXTERNA

Presenta a lo largo de su borde inferior una serie de eminencias verticales que corresponden a las raíces de los dientes,

siendo la más notable, la provocada por el canino, y se le llama, Eminencia Canina; por dentro, la fosa mirtiforme. Por encima de los relieves dentarios, se desprende una apófisis triangular, -- truncada, cuya cara superior de forma triangular constituye la -- mayor parte del piso de la órbita; de la parte media del bordé -- posterior de esta pirámide parte un canal, el Canal Infraorbitario, que se dirige hacia adelante, abajo y adentro, continuándose con el Conducto Infraorbitaria; por el canal, conducto y agujero infraorbitario pasan el nervio y los vasos infraorbitarios. La cara anterior de la pirámide presenta el Agujero Infraorbitario que está situado a 5 ó 6 mm., por debajo de este agujero, existe una -- depresión, es la fosa canina.

La cara posterior de la pirámide forma parte de la Fosa -- Pterigomaxilar. La base de la pirámide se confunde con el hueso -- maxilar. El vértice truncado y dirigido hacia afuera, se articula con el maxilar.

CARA INTERNA.

Está dividida en dos partes muy desiguales por una ancha apófisis horizontal, la apófisis palatina; por debajo de esta apófisis palatina, la superficie de la cara interna corresponde a -- la pared bucal: encima, a la pared externa de las fosas nasales.

APOFISIS PALATINA

Es una lámina aplanada de arriba abajo, de forma cuadrilátera que al articularse en la línea media con la del lado opuesto, contribuye a formar el tabique horizontal que separa las fosas nasales de la cavidad bucal. Su cara superior, cóncava transversalmente pertenece al suelo de las fosas nasales. Su cara inferior forma parte de la bóveda palatina. Su borde externo corresponde al maxilar; su borde anterior, convexo corresponde a la parte más anterior de la cara interna; su borde posterior, se articula con la porción horizontal del palatino.

BORDE SUPERIOR

Se articula por delante con el unguis y atrás con lámina papirácea del etmoides; en la parte más anterior de este borde se desprende de manera ascendente una amplia apófisis, llamada Apófisis Ascendente del Maxilar que viene a articularse con la escotadura nasal del frontal.

BORDE INFERIOR

Llamado también alveolar, es cóncavo hacia atrás y aden

tro, forma con el del lado opuesto un arco de concavidad posterior; está ocupado por una serie de cavidades denominadas alvéolos, donde se implantan las raíces de los dientes.

BORDE ANTERIOR

Está escotado en su parte media, y esta escotadura nasal forma con la del lado opuesto el orificio anterior de las fosas nasales óseas.

BORDE POSTERIOR

Muy grueso, en la parte inferior ha recibido el nombre de Tuberosidad Maxilar, presenta numerosos orificios para los nervios dentarios posteriores.

SENO MAXILAR o ANTRº DE HIGHMORO

Hemos dicho que en el interior del maxilar existe una amplia cavidad denominada Seno Maxilar, que tiene exactamente la forma de una pirámide cuadrangular ya que se encuentra ocupado el espesor de la apófisis piramidal de este hueso.

Su orificio de entrada está exactamente en el mismo medio, a través del cual, la mucosa nasal penetra a su interior, tapizando todas sus paredes, su inflamación constituye la sinusi-

tis maxilar.

ANATOMIA DEL MAXILAR INFERIOR

Forma él solo la mandíbula inferior y se puede considerarse dividido en un cuerpo y dos ramas.

CUERPO

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

CARA ANTERIOR

Lleva en la línea media una cresta vertical, resultado de la soldadura de las dos mitades del hueso, y conocida con el nombre de Sífnisis Mentoniana. Su parte inferior, más saliente, se denomina Eminencia Mentoniana. Hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra un orificio, Agujero Mentoniano, por donde salen el nervio y los vasos mentonianos. Más atrás aún, se observa una línea saliente, dirigida hacia abajo y hacia adelante, que partiendo del borde anterior de la rama vertical, va a terminar en el borde inferior del hueso; se llama Línea Oblicua Externa del Maxilar y sobre ella se insertan los siguientes músculos: el triangular de los labios, el cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba.

CARA POSTERIOR

Presenta, cerca de la línea media cuatro tubérculos llamados Apófisis Geni; de los cuales los dos superiores sirven de inserción a los músculos genioglosos, mientras sobre los dos inferiores, se insertan los geniohiodeos. Partiendo del borde anterior de la rama vertical, se encuentra una línea saliente, Línea Oblícua Interna o Milohiodea, que se dirige hacia abajo y hacia adelante, terminando en el borde inferior de esta cara; sirve de inserción al músculo milohiodeo. Inmediatamente por afuera de las apófisis geni y por encima de la línea oblicua, se observa una foseta o foseta sublingual, que aloja la glándula del mismo nombre. Más afuera aún, por debajo de dicha línea y en la proximidad del borde inferior, hay otra foseta más grande, llamada Foseta Submaxilar, que sirve de alojamiento a la glándula submaxilar.

BORDES

El borde inferior, es romo y redondeado, lleva dos depresiones o fosetas diagástricas, situadas una a cada lado de la línea media; en ellas se inserta el músculo digástrico. El borde superior o borde alveolar, como el inferior del maxilar superior; presenta una serie de cavidades o alvéolos dentarios mientras los-

anteriores son simples, los posteriores están compuestos de varias cavidades, y todos ellos se hallan separados entre sí por puentes óseos o apófisis interdientarias, donde se insertan los ligamentos coronarios de los dientes.

RAMAS

En número de dos, derecha e izquierda, son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular; el plano definido por cada una de ellas es vertical y su eje está dirigido oblicuamente hacia arriba y hacia atrás. Tienen por consiguiente, dos caras y cuatro bordes.

CARA EXTERNA

Su parte inferior es más rugosa que la superior, ya que sobre aquélla se inserta el músculo masetero.

CARA INTERNA

En la parte media de esta cara, hacia la mitad de la línea diagonal que va del cóndilo hasta el comienzo del borde alveolar, se encuentra un agujero amplio, denominado Orificio Superior del Conducto Dentario; por él se introducen el nervio y los

vasos dentarios inferiores. Un saliente triangular o Espina de Spix, sobre el cual se inserta el ligamento esfenomaxilar, forma el borde anteroinferior de aquél orificio. Tanto este borde como el posterior se continúan hacia abajo y adelante, hasta el cuerpo del hueso, formando el Canal Milohiideo donde se alojan el nervio y los vasos milohiideos. En la parte inferior y posterior de la cara interna, una serie de rugosidades bien marcadas sirven de inserción al músculo pterigoideo interno.

BORDES

El borde anterior, está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante. Se halla excavado en forma de canal, cuyos bordes divergentes se separan al nivel del borde alveolar, continuándose sobre las caras interna y externa con las líneas oblicuas correspondientes; este borde forma el lado externo de la hendidura vestíbulo-cigomática. El borde posterior; liso y obtuso, recibe el nombre también de borde parotídeo por sus relaciones con la glándula parótida.

El borde superior posee una amplia escotadura, denominada Escotadura Sigmoidea, situada entre dos gruesos salientes; la Apófisis Coronoides por delante y el Cóndilo del Maxilar Infe--

rior por detrás. La primera es de forma triangular, con vértice superior, sobre el cual viene a insertarse el músculo temporal.- La escotadura sigmoidea está vuelta hacia arriba y comunica la región masetérica con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y vasos masetéricos. El cóndilo es de forma elipsoidal, aplanado de delante atrás, pero con eje mayor dirigido algo oblicuamente hacia adelante y afuera, convexo en las dos direcciones de sus ejes, se articula con la cavidad glenoidea del temporal.- Se une al resto del hueso merced a un estrechamiento llamado Cuello del Cóndilo, en, cuya cara interna se observa una depresión-rugosa donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

El borde inferior de la rama ascendente se continúa -- insensiblemente con el borde inferior del cuerpo. Por detrás, - al unirse con el borde posterior forma el Angulo del Maxilar Inferior o Gonion.

ANATOMIA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

Este diente, presenta variaciones en su porción radicular generalmente es tri o tetrarradicular; sin embargo no es raro encontrar un número mayor de raíces. Lo que prevalece en -

este órgano es la anomalía de formas radiculares. Con gran frecuencia se presentan dilaceradas, desviadas de su eje y con las formas más caprichosas. Todo ello confiere al tercer molar una extraordinaria fragilidad en su porción radicular.

ANATOMIA DEL ALVEOLO

Su forma es irregular. El número de los conos alveolares es variable.

La arquitectura alveolar denota sus caras proximales - parecidas con las del segundo molar, a excepción de la cara distal. Esta cara está en directa relación con la tuberosidad del maxilar.

La amplitud de la zona distal de la tuberosidad, vecina al tercer, es altamente variable. Su solidez y resistencia también lo son. Con todo, esta porción ósea puede considerarse de relativa fragilidad. Su fractura y desprendimiento no son rarezas quirúrgicas. La fractura puede comprometer en muchas ocasiones al piso del seno y hacer que se desprenda junto con el molar, dejando una amplia abertura en el Antro Maxilar.

Las relaciones de los ápices del tercer molar con el seno dependen de la amplitud de este órgano. Generalmente son bastante íntimas.

Hay elementos anatómicos en vecindad del alvéolo del tercer molar. Estos son: el agujero palatino posterior con sus vasos y nervios y los orificios dentarios posteriores y sus nervios correspondientes que por él penetran.

ANATOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Órgano terminal de la serie dentaria; el tercer molar tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de forma, número, tamaño, disposición y anomalías.

En su conjunto, las raíces del tercer molar pueden semejarse a un cono de base superior, que coincide con el cuello dentario.

Por lo general el tercer molar es birradicular. La raíz mesial que puede ser bífida, es aplastada en sentido mesio-distal, y algo más ancha en su porción bucal que en la lingual. La raíz distal tiene características parecidas, aunque por lo --

general su dimensión mesiodistal es menor que la de la raíz mesial.

Son frecuentes los molares con tres, cuatro y cinco raíces correlativamente resulta una disposición radicular caprichosa, pues escapa a toda norma particular. En muchas ocasiones, la bifidez de la raíz mesial hace al molar trirradicular; en otros casos, raíces supernumerarias, con enanismo o gigantismo, se acoplan a cualquiera de las raíces. Así mismo puede haber molares con sus raíces fusionadas, (disposición cónica) pudiendo ser variable el número de conductos radiculares.

CAPITULO III

ETIOLOGIA

La explicación de la incidencia de dientes retenidos que parece más lógica es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos. Esto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares. En apoyo de esta teoría observamos la ausencia congénita de terceros molares superiores o inferiores o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar.

Otros dientes también presentan ausencia congénita o malformaciones pero no tan frecuentemente como los terceros molares.

Nodime, señala que por lo menos desde hace 200 años se ha creído a la civilización responsable de la disminución o falta total de estímulo que existe un desarrollo adecuado de los maxilares humanos; un desarrollo que provea de suficiente espacio para una erupción normal de todos los dientes. Este estímulo perdido es la fuerza necesaria para la masticación, y ésto, de acuerdo con Nodine y otros, es la causa de la falta de estímulo de crecimiento de los maxilares y la razón por la que el hombre moderno tiene dientes retenidos.

Esta teoría está fortalecida por los hechos presentados por Nodine, por el examen efectuado en los maxilares y dientes de antiguos egipcios y modernos beduinos, esquimales del norte, aborígenes australianos del sur e indios de México, que demuestran - que estos pueblos no tienen dientes retenidos. (?)

Su comida, ya animal, ya constituida por vegetales y peces, es simple en variedad y simple en preparación. Su consistencia cuando está preparada es tal que requiere masticación tan poderosa por parte del niño, inmediatamente después del destete, - como del adulto.

Nodine sugiere que las principales causas básicas de dientes retenidos o anormales en los adultos de Europa Occidental, Gran Bretaña o Irlanda y Estados Unidos, son la alimentación artificial- de los bebés, los hábitos de la infancia y niñez, los alimentos - dulces y blandos de niños y jovencitos, mezclas desproporcionadas.

CAUSAS LOCALES DE RETENCION. (Según Berger)

- Irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente
- Densidad del hueso que lo cubre
- Inflamaciones crónicas continuadas con su resultante
- Membrana mucosa muy densa

- Falta de espacio en maxilares poco desarrollados
- Indebida retención de los dientes primarios
- Pérdida prematura de la dentición primaria
- Enfermedades adquiridas tales como necrosis debida a infección o absceso.
- Cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantemáticas en los niños.
- Tumores

CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION

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

I CAUSAS PRENATALES

- 1) Herencia
- 2) Mezcla de razas

II CAUSAS POSNATALES.- Todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño, tales como:

- 1) Raquitismo
- 2) Anemia
- 3) Sífilis Congénita
- 4) Tuberculosis

5) Disendocrinias

6) Desnutrición

III CONDICIONES RARAS:

1) Disostosis cleidocraneal

2) Oxicefalia

3) Progeria

4) Acondroplasia

5) Paladar fisurado

DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL

Es una condición congénita muy rara, en la cual hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

OXICEFALIA

Es la llamada "cabeza cónica", en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

PROGERIA

Representa envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de vello --

facial y público, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial, actitudes y maneras del anciano.

ACONDROPLASIA

Es una enfermedad del esqueleto, que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo. En estas condiciones el cartílago no se desarrolla normalmente.

PALADAR FISURADO

Es una deformidad manifestada por una fisura congénita.

Las mismas causas locales o generales pueden ser el factor etiológico de dientes en malposición o no erupcionados.

CAPITULO IV

CLASIFICACION

Es necesario clasificar los terceros molares de modo que el operador pueda determinar por adelantado las dificultades que encontrará para su eliminación. Para clasificar los terceros molares retenidos, el operador debe establecer su posición anatómica por medio de un examen radiográfico cuidadoso.

Una buena clasificación de inclusiones de terceros molares es la que ofrecen Pell y Gregory. Esta clasificación se basa en la evaluación de la relación del segundo molar con la rama ascendente de la mandíbula y la relativa profundidad del tercer molar dentro del hueso, así como la posición del tercer molar en relación con el eje mayor del segundo molar.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

A) Relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior y el segundo molar.

CLASE I

Cuando existe suficiente espacio entre la rama ascendente y el extremo distal del segundo molar para dar cábida a todo el-

diámetro mesio-distal de la corona del tercer molar.

CLASE II

Cuando el espacio entre la rama ascendente y el extremo distal del segundo es menor que el diámetro mesio-distal de la corona del tercer molar.

CLASE III

Cuando toda, o la mayor parte del tercer molar se encuentra dentro de la rama ascendente.

B) Profundidad relativa del tercer molar dentro del hueso.

POSICION A.

Cuando la porción más alta del diente incluido se encuentra al mismo nivel, o por encima de la superficie oclusal del segundo molar.

POSICION B.

Cuando la porción más alta del diente se encuentra bajo la línea oclusal, aunque encima de la línea cervical del segundo molar.

POSICION C.

Cuando la porción más alta del diente se encuentra al mismo -

nivel, o por debajo, de la línea cervical del segundo molar.

- C) La posición del eje longitudinal del tercer molar inferior - retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

Clasificación de Winter.

- 1) Vertical
- 2) Horizontal
- 3) Invertido
- 4) Mesiangular
- 5) Distoangular
- 6) Vestíbulo Angular
- 7) Linguo Angular

Puede presentarse en:

- a) Desviación vestibular
- b) Desviación lingual
- c) Torción.

CLASIFICACION PARANORMAL

Puede ocupar diversas posiciones a las ya indicadas.

C L A S E I

POSICION A

MESIOANGULAR

HORIZONTAL

C L A S E II

POSICION B

MESIOANGULAR

VERTICAL

C L A S E I I I

POSICION C

MESIOANGULAR

HORIZONTAL

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

Estos dientes pueden presentar en la posición anatómica variaciones que complican materialmente su extracción y aumentan la posibilidad de complicaciones operatorias y posoperatorias.

Clasificación de las retenciones de los terceros molares superiores, basada en la posición anatómica.

- 1) Profundidad relativa de los terceros molares superiores retenidos en el hueso.

CLASE A

La porción inferior de la corona del tercer molar superior -- retenido está a nivel plano oclusal del segundo molar.

CLASE B

La porción inferior de la corona del tercer molar superior -- retenido está entre el plano oclusal del segundo molar y la línea cervical.

CLASE C

La porción inferior de la corona del tercer molar superior -- retenido está en la línea cervical del segundo molar o por -- sobre ella.

2) La posición del eje longitudinal del diente retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

- a) Vertical
- b) Horizontal
- c) Mesioangular
- d) Distoangular
- e) Invertida
- f) Vestibuloangular
- g) Linguoangular

Estos suelen presentarse simultáneamente en:

- a) Desviación Vestibular
- b) Desviación Lingual
- c) Torción.

3) Relación del tercer molar superior retenido con el seno maxilar.

APROXIMACION SINSUAL (A.S.):

No hay hueso o hay una pequeña lámina de hueso, entre el --
tercer molar superior retenido y el seno maxilar, conocida

como aproximación seno maxilar.

NO HAY APROXIMACION SINSUAL (N.A.S):

Hay dos milímetros o más de hueso, entre el tercer molar superior retenido y el seno maxilar, conocida como no aproximación seno maxilar.

C L A S E A

MESIOANGULAR

HORIZONTAL

C L A S E B

VERTICAL

DISTOANGULAR

C L A S E C

MESIOANGULAR

HORIZONTAL

El objetivo de este sistema de clasificación es crear una técnica ordenada para la evaluación y diagnóstico así como para las técnicas quirúrgicas de la cirugía de los terceros molares. Si el cirujano se apoya al procedimiento de clasificación podrá tomar una decisión rápida con respecto a los tipos de inclusiones que quiera manejar personalmente o aquellos que prefiera mandar con otro facultativo, también proporciona datos valiosos para el asistente capacitado que así sabrá el tipo de instrumentos necesarios, al igual que el tiempo que deberá ser apartado para la operación.

La utilización de esta técnica ordenada para los problemas de inclusión contribuirá al éxito del procedimiento.

CAPITULO V

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Los dientes retenidos, no erupcionados o en malposición, pueden ser extraídos a causa de diversos factores, pudiendo ser de origen local general o sistémico; a continuación se dan las indicaciones para la extracción, para evitar complicaciones futuras.

INDICACIONES

Entre las complicaciones que requieren la extracción de los dientes retenidos pueden mencionarse los siguientes:

- PERICORONITIS INFECCIOSA

Esta se presenta cuando hay una infección de los tejidos periodontales del tercer molar. Cuando la encía está perforada y permite la penetración de microorganismos, una vez inflamada la zona afectada, debido a que existe sobre la superficie oclusal un opérculo el cual está tumefacto por la inflamación y traumatización del diente antagónico (esto ocurre en el caso que el molar está casi erupcionado). La infección pericoronar puede afectar al diente contiguo.

- FORMACION DE QUISTES

En algunos casos el folículo dental de los dientes retenidos - forma un quiste, los quistes de erupción pasan frecuentemente - inadvertidos hasta que llegan a adquirir tales dimensiones que por presión desvían los dientes a considerable distancia.

La formación de quistes puede traer como consecuencia, reab-- sorción patológica de los dientes adyacentes y estructura ó-- sea bloqueada, también puede ocurrir en presencia de tumores.

- OBSTACULO EN LA ERUPCION NORMAL

En este fenómeno se presenta la formación precoz del tercer - molar, aún cuando la mandíbula no se ha desarrollado lo sufi-- ciente para alojarlo, es decir no tiene espacio para desarro-- llarse y por lo tanto, presiona sobre el segundo molar, lo in-- clina

- DOLOR

Cuando el molar no erupcionado, hace presión sobre el nervio - dentario inferior, el dolor es referido a las otras ramas del - trigémino, provocando neurálgias.

- REHABILITACION BUCAL

Cuando se va a hacer una rehabilitación bucal y éste puede interferir en un futuro para prótesis u ortodoncia.

- OSTEOMIELITIS.
- ABSCESOS ALVEOLARES CRONICOS.
- NECROSIS.

CONTRAINDICACIONES

LOCALES

- INFECCIONES.- Gingivales agudas como por ejemplo las provocadas por fusoespiroquetas o estreptococos.
- PROCESOS INFECCIOSOS AGUDOS
- SINUSITIS MAXILAR AGUDA
En caso de molares superiores.
- GINGIVITIS ULCEROMEMBRANOSA
Es de alta virulencia microbiana se debe tratar antes de la -
intervención.

GENERALES

- DISCRASIAS SANGUINEAS.
Anemia, Leucemia, Púrpura hemorrágica y Hemofilia.

- DIABETES
- NEFRITIS
- ICTERICIA
- SIFILIS.- Es altamente contagiosa.
- DEFECTOS CONGENITOS

Síndrome de Down.

En las contraindicaciones generales arriba indicadas;- es preciso hacer saber que aún en pacientes que padezcan alguna de ellas, es posible hacer la intervención, siempre y cuando el paciente, esté bajo control médico; entendiéndose por tal, que se encuentra en "límites normales" de su enfermedad.

En el caso de Síndrome de Down, únicamente se inter-- vendrá bajo anestesia general del paciente.

CAPITULO VI
ESTUDIO PREOPERATORIO

HISTORIA CLINICA

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Cón el aumento del número de pacientes de edad provec-ta y del índice de supervivencia, se ven más casos de enfermos - encasillados bajo el rótulo de gran riesgo quirúrgico, sobre to-do cuando a la edad se suman otros impedimentos físicos. A un - anciano diabético con arterioesclerosis y afección coronaria ba-jo tratamiento anticuagulante es conveniente hospitalizarlo, aún para casos de cirugía menor, como la extracción de uno o dos dien-tes con anestesia local, mientras que una persona joven de buena-salud se puede realizar la misma intervención en el consultorio.

La evaluación de la resistencia que presenta un pacien-te para determinada operación (edad, estado físico y psíquico), - y la severidad y duración de la intervención misma, deben ser -- factores decisivos para la determinación del momento oportuno -- para llevarla a cabo.

Las órdenes a impartir son las siguientes:

- 1) Examen de sangre completo.
- 2) Análisis de orina.

Nos indica la existencia de elementos anormales en la orina como: la albúmina, la glucosa y la acetona.

- 3) Tiempo de coagulación y sangría.

La extracción dentaria es la causa más común de hemorragias en pacientes propensos, debiendo examinar por este motivo los otros posibles antecedentes hemorrágicos.

HISTORIA CLINICA

El propósito de hacer la historia del paciente a quien se va a operar es descubrir por examen sistemático de sus antecedentes cualquier contraindicación de la cirugía, anestesia o drogas.

La historia clínica no debe hacerse casualmente, sino que debe seguir un plan, a fin de indagar toda la información posible del paciente y llegar, sobre la base a ésta, a conclusiones acerca de la presencia o ausencia de patología ignorada por el paciente.

Así, algún paciente dirá que "NO" cuando se le pregunte si tiene Diabetes, pero los síntomas de dicha afección harán sospechar tal eventualidad, que después confirmará el laboratorio.

HISTORIA CLINICA:

Datos Administrativos:

- Nombre
- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Originario
- Quién lo remite
- Si es directo o indirecto el interrogatorio.
- Motivo de la consulta.
- Teléfono.
- Dirección.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

- Si viven los padres; si están sanos, si están bajo tratamiento médico, si ha habido intervenciones quirúrgicas.

Si están finados interrogar la causa del fallecimiento.

Antecedentes Diatésicos; pancreas, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo.

Antecedentes Alérgicos; Si existe alergia a algún medicamento o alimento.

Antecedentes Hemorrágicos; Si existe en la familia con problemas de Discrasias Sanguíneas.

Antecedentes Luéticos; Si ha padecido sífilis algún pariente consanguíneo.

Antecedentes Fímicos; Si ha habido casos de tuberculosis.

Antecedentes Neoplásicos; Si existen o existieron tumores.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

- Hábitos perniciosos.- Hay que determinar las ocupaciones - hábitos; consumo de drogas, alcohol, café, hábito de sueño, etc.
- Tipo de habitación.- Si está bien o mal ventilada.
- Alimentación.- Suficiente o no en calidad y cantidad
- Inmunizaciones.- Si se le han aplicado o no.
- Higiene personal

ENFERMEDAD ACTUAL.

Empiécese con los síntomas más cercanos que el paciente pueda relatar. Póngase los síntomas en orden cronológico. Formas; si es gradual o repentino.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

APARATO RESPIRATORIO.

Si respira bien por la nariz, si hay expectoración, --
tos ataques asmáticos, dolor bronqueal, si hay alteración en la-
faringe o laringe, disnea.

APARATO DIGESTIVO.

Problemas para pasar los alimentos, si tiene dificul-
tad para que lleguen al estómago, dolor epigástrico, sensación
de acidez (nos puede dar a pensar en una gastritis), si hay --
diarreas frecuentes, hemorroides, si está bajo tratamiento o no,
si hay alteración hepática, si hay buen apetito, dolor, vómitos,
eructos, si la evacuación es mucosa, sanguínea o normal, si -
existe estreñimiento, si tiene plenitud de chapaleo, cuando come.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

APARATO CARDIOVASCULAR

Es importante saber si padeció Fiebre Reumática (producida por el Streptococo (Hemolítico) en procesos inflamatorios. Si ve fosfenos (lucecitas) al cambiar de posición, ó acúfenos -- (sonidos), pulso débil, pulsaciones; nos puede dar pauta a -- pensar en una cardiopatía, si padece cefaleas frecuentes, mareos, taquicardia al caminar o estando en reposo, edema, desmayos; si está o no en tratamiento anticoagulante o con medicación antihipertensiva.

APARATO GENITOURINARIO.

Si hay incontinencia urinaria, poliuria nocturna, hematuria, reducción del agua, frecuencia de micciones, disuria. Si el paciente es femenino; Debemos interrogar si hay alteraciones en el ciclo menstrual (frecuencia, tipo, duración), si ha habido abortos, partos normales o no.

SISTEMA NERVIOSO.

Si ha padecido convulsiones, pérdida de conciencia, -- disminución de la memoria, tamblores, problemas emocionales, neuralgias, intranquilidad, pérdida de la orientación, parálisis, -

transtornos de los órganos de los sentidos.

SIGNOS VITALES.

Temperatura, presión, pulso, respiración.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Vista: ojos, si hay lagrimeo, diplopia, fotofobia.

Olfato; Naríz; resfríos, obstrucciones, sinusitis.

Gusto: Si no está atrofiado.

Audición: Sordera, supuración en oídos, vértigo.

EXAMEN FISICO:

EXAMEN BUCAL:

Dientes.- Cuáles dientes hay en la boca, caries, -
movilidad, periodonclasia u otros signos patológicos.

Mucosa y Encía.- Hay que anotar la presencia de cam-
bios inflamatorios, malformaciones y aumentos de tamaño.

Paladar, faringe, labios, mejillas, piso de la boca, -
tejidos sublinguales, carrillos.

Se registrarán cambios de color, inflamación, aumentos de tamaño, etc.

Lengua.- Cualquier cambio de tamaño, color papilar, - forma. Aliento e higiene bucal.

Nódulos linfáticos; palpación bimanual y bilateral de los nódulos cervicales.

Articulación temporomandibular.- Se palpan ambas articulaciones, para obtener signos de subluxación, dolor, ruidos, -- etc. Se anotarán también las desviaciones cuando se abre la boca.

DIAGNOSTICO.

Es la identificación de la enfermedad, que padece el - paciente.

PRONOSTICO.

Es el curso que va a llevar dicha enfermedad. Puede - ser;

- a) Favorable
- b) Desfavorable
- c) Reservado

EPICRISIS.

Detallar la intervención quirúrgica, paso a paso desde la anestesia.

Programación de la intervención.

Alta del paciente.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

El uso de la radiografía está definitivamente indicado en ciertas condiciones como las de dientes retenidos, supernumerarios y no erupcionados, quistes, raíces y cuerpos extraños.

En los casos en que es necesario operar, (como en este - de cirugía del tercer molar incluido), es imperativo se determine la exacta localización del diente como ayuda al operador. La localización por medio de radiografías dentales debe ser interpretada por comparación de vistas tomadas en distintos angulos de proyección, más un conocimiento anatómico de la región radiografiada.--

TIPOS DE EXAMENES RADIOGRAFICOS DENTALES.

Los tipos de exámenes radiográficos dentales usados en la localización son los siguientes:

INTRAORALES: Periapical, oclusal, interproximal.

EXTRAORALES: Panorámica, maxilar lateral, cabeza lateral, sección transversal, postero-anterior.

RADIOGRAFIAS INTRORALES.

Con frecuencia es imposible visualizar por completo, los terceros molares retenidos en la radiografía intrabucales porque:

- 1) El paciente tiene náuceas ó
- 2) Desviación hacia el medio de la película por tejidos blandos de la rama ascendente.

Esto es especialmente cierto en los casos de la clase III horizontal, en que el molar está completamente retenido en la rama, y en menor grado en la clase II horizontal y la clase I.

A causa de la desviación hacia mesial de los dos tercios posteriores de la película radiográfica, para que la imagen del molar retenido quede en ella es necesario dirigir el rayo central en ángulo recto respecto del eje longitudinal de la película.

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES.

El tamaño de la película es de 4.1 x 3.2 cm. En caso de una radiografía periapical inferior, la cabeza la colocaremos ligeramente inclinada hacia atrás, de manera que la línea oclusa del maxilar inferior se encuentre horizontal. La película se coloca en el interior de la boca, con el eje mayor horizontal, el borde

superior de la película paralelo a la arcada y no sobresaliendo - de la línea de oclusión más de tres o cuatro milímetros.

El borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar, o más distalmente, si las condiciones anatómicas lo permiten. El cono del aparato debe estar colocado perpendicular a la película. El ángulo vertical - correcto es de 0° .

RADIOGRAFIAS BITEWING O DE ALETA MORDIABLE.

En los casos de las clases I y II de molares inferiores-retenidos, la única radiografía que visualiza las relaciones de - las coronas del segundo y tercer molar es la bitewing en la correcta angulación. En este caso, el rayo central se dirige en ángulo recto a través de la corona del segundo molar a la película con - 0° de angulación vertical.

En el comercio se expenden películas de diversas medidas con lenguetas (Kodak, Rinn, Dupont, etc.).

También se pueden usar películas periapicales empleando un separador especial de cartulina o metal con una lengüeta perpendicular análoga a la Bitewing.

La placa se coloca en la parte lingual y la palatina en tal forma que el paciente ocluya sobre la aleta de la película.

RADIOGRAFIAS OCLUSALES.

La película oclusal mide 7 x 9 cm. y se manufactura para velocidades regular y rápida.

La rápida es la mejor película para las vistas oclusales del maxilar superior, a causa de su extrema sensibilidad. El chasis intrabucal debe usarse con la película rápidas para las radiografías oclusales del maxilar superior, desde que disminuye el -- tiempo de exposición y las probabilidad de movimiento del paciente.

Revelan la posición vestibular lingual de la corona del tercer molar inferior retenido.

Puede usarse una pequeña película intrabucal o la película oclusal de tamaño común. Se coloca sobre la superficie oclusal de los molares y se lleva hacia atrás, hasta que contacte con el borde de la rama ascendente. Se hace ocluir al paciente, para mantener la película en posición, la cabeza del paciente se lleva hacia atrás al máximo posible y el rayo central se dirige en án--

gulo recto a la película a través del borde inferior del maxilar inferior.

Para el maxilar superior se coloca la película oclusal - con la superficie granulada hacia el maxilar, dirigiendo el rayo central en ángulo vertical de + 75° a través de la protuberancia nasal hacia el centro de la película, el plano oclusal superior-- debe ser horizontal.

METODO EXTRAORAL.

Las radiografías extraorales se utilizan para suplementar los exámenes periapicales y oclusales para localizaciones o aspectos que no se pueden obtener intrabucalmente.

Siempre hay ventajas en hacer un examen radiográfico completo, y las radiografías extraorales son a menudo necesarias para completar el estudio e información de un diagnóstico en casos de dientes retenidos.

RADIOGRAFIA LATERAL DEL MAXILAR INFERIOR.

La radiografía más adecuada en la clase III de terceros molares retenidos horizontales se obtiene por una imagen lateral de mandíbula correctamente ubicada.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DE LOS TERCEROS MOLARES.

Corona:

Se observa en relación con el capuchón de esmalte, pulpa superficial oclusal y desplazamiento vestibular. La corona puede adoptar varias posiciones al observar la radiografía, deberá trazarse una línea imaginaria a todo lo largo de la superficie oclusal del segundo molar para poder determinar la alineación vertical con esta superficie con respecto a la del diente incluido.

Si existe desplazamiento por torción, puede interpretarse estudiando la corona y formación radicular del tercer molar, y comparando las cubiertas de esmalte, cámara pulpar y formación radicular de este diente con otro molar que ocupa una posición normal.

La cámara pulpar puede ser pequeña o estar completamente obliterada, por lo que la cubierta de esmalte perderá su contorno definido. El reconocimiento preoperatorio de la torción es importante, ya que ayuda en la planeación del procedimiento, operatorio reduciendo el trauma.

RAICES.

Varían en tamaño, desde cortas a excesivamente largas; - por lo que respecta a su forma desde cónicas fusionadas hasta 2 ó más raíces divergente, pudiendo extenderse en cualquier dirección. Si el diente posee inclinación lingual o vestibular la radiografía nos mostrará todo el diente con precisión. Las imágenes más precisas siempre serán las de las estructuras más cercanas a la placa.

El molar superior según sea su mal posición con relación al eje longitudinal será la relación que guarde con respecto al seno maxilar; puede haber casos que se encuentre casi en la tuberosidad del maxilar.

HUESO ALVEOLAR.

Deberá ser examinado para determinar si interfiere en la extracción del diente. La densidad del hueso puede determinar para evaluar la técnica quirúrgica, la cantidad de hueso que deberá ser eliminado se calcula evaluando la corona y las raíces en relación con el hueso y la línea de extracción.

LOCALIZACION DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RELACION CON LOS _
APICES DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Si establecemos con cierta seguridad la relación anatómica del conducto dentario inferior con las raíces de los terceros molares inferiores retenidos, y está así advertido, podemos planear una técnica de manera que se pueda evitar una complicación -- posoperatoria, en este caso, la anestesia del labio.

TECNICA:

Si se toman dos películas en idéntica posición en boca -- cuando radiografemos un tercer molar inferior, y cambiamos la posición del tubo, podemos determinar si el conducto se extiende -- por lingual o por vestibular del diente.

La segunda película se toma con una angulación de -25° , y se compara con la primera película, tomada con el tubo de RX paralelo al plano oclusal.

La radiografía tomada con -25° con respecto al plano -- oclusal hará un movimiento hacia abajo, alejándose del objeto, en relación con un objeto en el primer plano, por ejemplo: si el con ducto dentario inferior se extiende hacia lingual de la retención se moverá hacia abajo, en relación con las raíces del tercer mo--

molar.

A la inversa, un conducto sobre el lado vestibular de las raíces parecerá moverse hacia arriba sobre las raíces, en comparación con las dos películas. Si el conducto permanece en la misma posición está directamente debajo de las raíces.

La localización del conducto dentario inferior, en relación con las raíces de un tercer molar inferior retenido, reviste valor especial:

- a) Al planear la técnica quirúrgica, para evitar traumatizar el conducto y su contenido.
- b) Cuando se extraen restos de raíces ubicadas en las -- proximidades del conducto.

Esto dará por resultado menos casos de anestesia del nervio dentario inferior ocasionada por traumatismo en el conducto.

CAPITULO VII

INSTRUMENTAL.

La cirugía bucal necesita un instrumental especializado. Los instrumentos son variados. Antes de poder utilizar los instrumentos correctamente debemos poseer conocimientos fundamentales de los mismos, así como las indicaciones para su utilización.

En términos generales, toda operación de cirugía bucal se propone abrir la encía, llegar hasta el hueso, practicar una ventana en él y por ella eliminar el objeto de la operación, (un diente, un tumor, un proceso patológico, etc.) conseguido esto, se vuelven los tejidos a su sitio normal y se da por terminada la intervención.

Enseguida se da una detallada descripción del instrumental quirúrgico utilizado en la cirugía del tercer molar incluido.

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE TEJIDO BLANDO.

- I X 4 -

- BISTURI Y MANGO.

Para cirugía bucal, existen 3 hojas de uso general y 2

mangos de bisturí. Las hojas Bard Parker Núms. 11, 12, y 15 y -- los mangos son 7 y 3.

HOJA NUM. 11.

Se emplea principalmente para la incisión y el drenaje,-- cuando se prefiere un tipo de incisión a manera de punción y cuando es necesario el corte a ciegas de tejidos profundos.

HOJA NUM. 12.

Está especialmente adaptada para la incisión de margen - gingival y se presta para seguir las líneas cervicales de los dientes.

HOJA NUM. 15.

Es para uso general y es empleada con mayor frecuencia.-- Esta es muy buena para la mayor parte de las incisiones de la piel y de las mucosas.

Al usar el bisturí, se utiliza la toma de lápiz. Las -- puntas del cuarto y quinto dedos descansan sobre una base sólida-- El tejido deberá ser tensado mientras que la porción curva de la hoja se coloca sobre la superficie tisular. A continuación se ha

rá presión firme hacia abajo y se tirará de la hoja con movimiento continuo hasta la distancia deseada. Deberá aplicarse presión uniforme sobre la hoja, y al terminar el corte deberá levantarse el mango terminando con la punta de la hoja. Al cortar mucoperios tio, la incisión deberá hacerse directamente hasta el hueso con un solo movimiento. Cuando sea posible, debemos siempre hacer -- incisiones completas. El parar a la mitad de una incisión es innecesario, aunque sea evidente el sangrado. La hemorragia puede ser controlada tan pronto, como haya sido terminada la incisión.

La hoja núm. 11. para cortar un absceso es la más útil.- Se coloca la punta de la hoja en el punto dependiente de la hinchazón, generalmente cerca de su borde inferior y se dirige hacia el centro con la arista cortante hacia arriba. Aquí también se hará un solo corte y la incisión deberá extenderse una pinza hemostática curva en el sitio de la incisión para mejorar el drenado.

La preferencia personal determina la selección del mango.

- ELEVADOR DE PERIOSTIO O LEGRAS.

La legra Núm. 1 de Woodson y la Núm. 9, son muy buenas.

Se utilizan principalmente para el levantamiento del mucoperiostio. La facilidad para levantar un colgajo varía considerablemente. -- El mucoperiostio del paladar anterior está íntimamente ligado al hueso, por lo que resulta difícil levantarlo en toda su extensión debido al tejido grueso y fibroso, así como a la aspereza, del -- hueso palatino. En contraste con esto el mucoperiostio lingual -- es delgado, por lo que deberá ser levantado con cuidado aunque -- también puede hacerse esto con rapidez y facilidad.

Al manejar colgajos de mucoperiostio, deberá emplearse -- la porción más grande del instrumento, que funcione bien con su -- convexidad hacia el colgajo; de esta forma habrá menos desgarr -- y perforación del colgajo. Se emplean 3 movimientos principales -- para el levantamiento de un colgajo de periostio: el movimiento -- de empujar, el movimiento de levantar y el movimiento de retirar. La porción convexa de la legra deberá colocarse contra el colga -- jo, aquí también resulta mejor la toma de lápiz, descansando el -- cuarto y quinto dedos sobre una base sólida, generalmente los --- dientes. Es conveniente no levantar el colgajo del mucoperiostio más allá del arca del tejido que deberá ser expuesto, ya que siem

pre se presenta cierto grado de resorción ósea cuando se levanta un colgajo. Si la elevación del colgajo se extiende demasiado -- hacia el surco, se acumulará el edema en esta región retrasando-- el proceso de cicatrización y reducción de la profundidad general del vestíbulo.

También pueden utilizarse asimismo los periotómos de - Mead.

- SEPARADORES.

Para mantener apartados los labios o los colgajos, sin - que sean heridos ni traumatizados, pueden emplearse los separadores de Farabeuf, de extremos acodados; y también los de Volkmann que constan de un mango y un talle que termina en forma de dientes, los cuales se insinúan debajo del colgajo, al cual mantienen fijo.

Los separadores son utilizados, principalmente por el -- ayudante, y deberán ser sujetos con la mano derecha, dejando la - mano izquierda para manejar el aparato de aspiración. Su objetivo principal será el de retraer los tejidos suavemente aunque con firmeza y constancia para que el cirujano pueda tener acceso vi--

sual directo a la zona. La retracción constante de los tejidos -- reduce el riesgo sanguíneo a los mismos. Por lo tanto, cuando -- sea posible y cuando no sea necesaria la retracción, deberán relajarse los tejidos permitiendo el flujo de sangre a los mismos.

- TIJERAS.

El cirujano tiene a su disposición una gran variedad de tijeras. Sin embargo, dos tipos principales son de uso general -- denominadas.

Tijeras para sutura y

Tijeras para tejidos.

Las tijeras de Mayo curvas de 15 cm. con 2 puntas afiladas son útiles para el corte de los márgenes de las heridas.

Aunque las tijeras para tejido también pueden ser empleadas para suturas en muchos casos, las tijeras específicas para -- suturas son un instrumento de hojas rectas y una superficie roma de 15 cm. y una punta afilada que permite al asistente deslizar las tijeras a lo largo del hilo de la sutura hasta que éstos encuentran el nudo, momento en que deberá cortarse la sutura.

Tijeras de Neumann.- Son curvas de buena adaptación. ---
Tijeras finas para encia.

_ PINZAS.

Pinzas de Disección:

Con las Dentadas es posible tomar la delicada fibromucosa bucal sin lesionarla.

La atraumática de Chaput, de cirugía gastrointestinal que permite tomar dicha fibromucosa sin ocasionarle daño alguno.

Las pinzas de dientes de ratón poseen 3 dienteitos que engranan entre si, permiten sostener firmemente el colgajo. --

Otra buena pinza general para tejidos, para cirugía bucal es la de Rochester.

Pinzas Hemostáticas.

La pinza de mosquito y la pinza de Kelly son las que suelen ser empleadas para la boca. Se presentan en diseños curvos y rectos.

La pinza de Allis es buena para sujetar los márgenes de

los tejidos durante la disección y en algunos casos la retracción del segmento de tejido que deberá ser eliminado.

Cuando se utiliza una pinza hemostática para controlar el sangrado, el área deberá ser comprimida primero con una torunda de gasa y al retraer el asistente la gasa del sitio de la hemorragia, la pinza se llevará rápidamente a su posición mientras el tejido aún se encuentra isquémico para sujetar el tejido que parece estar sangrando. A continuación podrá ligarse el vaso sangrante bajo la pinza hemostática o en muchos casos, la pinza hemostática podrá dejarse en su posición durante el procedimiento operatorio y controlar así la hemorragia hasta que los tejidos sean suturados y colocados en posición.

- PORTAAGUJAS.

Este instrumento lo utilizamos en la sinéresis de la intervención quirúrgica, se usa para sujetar la aguja curva que sutura los tejidos, en el último paso de la operación.

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE TEJIDOS DUROS.

LA PIEZA DE MANO Y LA FRESA.

La fresa quirúrgica suele emplearse para la eliminación de hueso y el corte de los dientes. Se prefieren las fresas de carburo sobre las de acero para el corte de estructuras dentarias y hueso.

La pieza de mano convencional a base de poleas y cuerdas tiene la desventaja de ser sucia, lenta e inconveniente.

Las fresas empleadas con mayor frecuencia en los procedimientos de cirugía bucal son las fresa de fisura estriada y las fresas de carburo redondas.

La pieza de mano y las fresas deberán estar presentes en todo momento; el tiempo perdido en colocar el equipo es considerable y cuando se requiere, se necesita inmediatamente y no diez minutos después.

Tipos de Fresas.

Fresas quirúrgicas de Shamber, Fresas de Lindemann.

Fisura No. 560

De bola 5 al 8

Fresas series de carburo.

Fisura dentada: No. 02 y No. 04.- Se usan generalmente para seccionar dientes también para exéresis del hueso vestibular. No. 03, No. 8 y No. 10 son redondas y recomendadas para eliminar hueso.

- ESCOPIO Y MARTILLO

De uso muy frecuente en Cirugía Bucal, y se les emplea para efectuar la sección quirúrgica (osteotomía) y aún la resección (ostectomía) del hueso que cubre el objeto de la intervención. También se emplean para seccionar los dientes en las maniobras llamadas de odontosección.

Escoplo.

Es una barra metálica con un extremo cortado a bisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado, actúa a presión manual o a golpes de martillo. Hay dos tipos de escoplos:

- a) escoplo de presión manual.- el menos deseable y el más peligroso.
- b) escoplo y martillo de mano.- muy satisfactorio si se tiene un asistente entrenado.

Martillo.

Consta de una maza y del mango, que permite esgrimirlo - con facilidad, debe ser dirigido por el mismo operador o por el a yudante.

El escoplo monoangulado es preferible para la reducción de hueso. El escoplo debe poseer filo de navaja, por lo que debe rá ser afilado cada vez que se usa. Al partir dientes, se dará un solo golpe fuerte con el cincel sin presionar. Al reducir --- hueso con el escoplo se da una serie de pequeños golpes apropia-- dos a la labor que se realiza.

- PINZAS GUBIAS.

Para realizar la resección del hueso (ostectomía), podemos utilizar las denominadas pinzas gubias, rectas o curvas, que actúan extrayendo el hueso por mordiscos sobre este tejido, pre-- via preparación de una puerta de entrada con los escoplos, como-- cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie del hueso. Existen varios tipos y dentro de éstos, variedades con diferencias en la angulación de sus ramas o en la disposición de su parte cortante. La pinza-- se emplea para regularizar bordes óseos.

ELEVADORES.

Uno de los instrumentos más valiosos como auxiliar en la extracción de los dientes es el elevador o palanca de exodoncia.

Cuando sea posible deberá ser empleado para luxar el diente antes de usar el fórceps. Esto ayuda en la siguiente forma: - facilita la eliminación de los ápices fracturados de las raíces si el diente ha sido luxado antes de fracturarse y reduce la presión del fórceps sentido por el paciente.

Como palanca, deben considerarse en el elevador 3 factores, además de la palanca propiamente dicha: el punto de apoyo, la potencia y la resistencia.

Existen en el mercado una gran variedad de fórceps con distinta función trabajo y misión.

Están los elevadores de Winter, los de Clev-Dent.

Los elevadores Núms. 190 y 191 presentan un cuello angulado para facilitar el acceso a las raíces de los terceros molares

- LIMAS.

La lima para hueso se utiliza para el corte final del -- borde óseo. Siempre que se utiliza una cizalla deberá emplearse posteriormente la lima. Está deberá ser colocada en lo alto de la cresta interseptal y utilizando movimientos de tracción se -- llevará hasta la misma cresta.

Deberá evitarse el limado cruzado ya que tiende a fracturar el pequeño hueso interseptal que carece de soporte, la limpieza cuidadosa del instrumento es necesaria; el ayudante aseará --- los extremos o surcos con una torunda de gasa. Las partículas -- ósea pueden introducirse en la herida si no se efectúa la limpieza cuidadosa del instrumento después de cada movimiento, o cuando haya terminado el proceso de limado.

-CURETAS.-

Existen infinita variedad: las hay rectas o anguladas, -- la parte activa puede tener formas y diámetros distintos.

La cureta es un instrumento sensible diseñado para revelar al cirujano la calidad de las estructuras con las que entra -- en contacto.

Al adquirir destreza con este instrumento es posible diferenciar entre tejido óseo, estructura dentaria y, desde luego - tejidos sanos y patológicos.

Al raspar en el alveólo dentario se colocará la parte cón cava de la cureta cerca del borde superior de la pared alveolar - proyectando el contenido apical, haciendo esto alrededor del alveólo con el mismo movimiento. El contenido apical puede entonces - ser retirado hacia la superficie haciendo movimientos de excavación hasta que el alveólo se encuentra limpio.

- FORCEPS.

Aunque existen varios tipos de fórceps para Exodoncia, - todos se encuentran diseñados según ciertos principios básicos. - En general, los fórceps para piezas superiores están diseñados de tal forma que los bocados se encuentran en línea recta o paralelos al eje mayor del mango, y los fórceps para dientes inferiores poseen bocados en angulos recto con respecto al mango.

El fórceps puede ser diseñado para corresponder a la anatomía de los dientes en particular, o pueden poseer un diseño univ_uersal.

Existen los:

S.S. WHITE Núm. 210 Para terceros molares.

El Núm. 222 para terceros molares inferiores.

EQUIPO:

Eyector quirúrgico ó Hemoaspirador - Oxigeno - Adrenalina.- En solución de 1: 10.000 - Ataraxicos.- Como el Miltown, Valium, Atarax Hipotensores.- Alfa-metil-dopa, Reserpina - Antihistámicos como el Clorotrimetón, Benadryl I.M.

MATERIAL:

- Gasa esteril
- Suero fisiológico.- para enfriar
- Jeringa desechable
- Porta vaso
- Sutura.- Seda 000 ó 0000 Para suturar mucosa
- Catgut para planos profundos 000 ó 0000
- Dexon. para planos profundos y superficiales
- Guantes
- Cubrebocas
- Campo operatorio de 1.20 x 1.50 de largo de algodón con una abertura, para tener acceso a la cavidad bucal

ESTERILIZACION.

Para que sea exitosa la intervención, todos los elementos que en ella intervienen deben estar perfectamente estériles, o -- sea, libres de gérmenes vivos.

La asepsia es uno de los fundamentos de la Cirugía moderna.

Dentro del término elementos se comprende el sitio, donde se realiza, la operación, campo operatorio, las manos y ropas del operador y ayudantes, los instrumentos, materiales o cuerpos de - cualquier índole que formen parte del acto quirúrgico.

Por su parte, la cavidad bucal bucal con su riquísima flo ra microbiana, no debe apartarse de este principio quirúrgico; no admite concepciones de ninguna especie que debiliten este rigor, aún admitiendo que ella posee un extraordinario mecanismo de defensa.

CAPITULO VIII

ANESTESIA

MODO DE ACCION DE LOS ANESTESICOS.

Los anestésicos son sustancias químicas de síntesis, - las cuales por su estructura molecular tienen características y propiedades particulares que los hacen diferir unos de otros gracias a lo cual, el Odontólogo podrá hacer una selección idónea en cada caso particular. Una de tales propiedades por ejemplo; - la duración, podrá ser una ventaja indiscutible de un anestésico en operaciones prolongadas, pero no deja de ser inconveniente y molesto para el paciente si se usa el mismo anestésico en - una operación sencilla.

En el bloqueo mandibular Citanest-Octapresín por ejemplo es la solución indicada para obtener duración prolongada, - anestesia profunda y el mínimo de efectos colaterales, en cambio para la inyección por infiltración de algunos filetes del maxilar inferior, es suficiente la duración que confiere el Citanest 30.

Todo agente bloqueador que se use en Odontología, de-

be llenar los requisitos siguientes.

- 1) Período de latencia corto.
- 2) Duración adecuada al tipo de intervención
- 3) Compatibilidad con vasopresores
- 4) Difusión conveniente
- 5) Estabilidad de las soluciones.
- 6) Baja toxicidad
- 7) Alta incidencia de anestesia satisfactoria

Xilocaina y Citanest, son las soluciones que tienen - las propiedades deseadas para hacer una correcta selección de la anestesia y obtener el máximo éxito en la técnica anestésica.

TECNICAS DE ANESTESIA PARA LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

INYECCION SUPRAPERIOSTICA.

La inyección supraperiódica o por infiltración, es el procedimiento anestésico empleado en la mayoría de los casos para los dientes del maxilar superior.

El hueso del maxilar superior es poroso y delgado aún - más el situado sobre los ápices de los dientes, de tal manera -

que cuando se inyecta una pequeña cantidad de solución anestésica en la región apical del diente que va a operarse, esta se difunde a través del periostio, la porción cortical y el hueso y finalmente alcanza el nervio. Este método produce anestesia de la pulpa y de la pulpa y de los tejidos blandos del lado labial.

BLOQUEO DEL NERVIO ALVEOLAR POSTERO SUPERIOR.

Llamada también inyección cigomática, consiste en la infiltración anestésica de las ramas del nervio maxilar superior que junto con las palatinas, van a dar inervación a los molares superiores.

El nervio alveolar llamado también dental posterior, nace del nervio maxilar superior y pasa al forámen alveolar posterior en la cara cigomática de la tuberosidad maxilar.

Lugar de punción: Pliege mucobucal sobre el segundo molar.

Nervios anestesiados: Nervio alveolar posterosuperior.

Zona anestesiada: Los molares maxilares, a excepción de la raíz mesiobucal del primer molar; la prominencia alveolar

bucal de los molares maxilares incluso las estructuras adyacentes. Esta inyección debe combinarse con la palatina cuando se amplía - la zona de intervención.

TECNICA.

Ejemplo para el lado derecho:

- El odontólogo se coloca parado a la derecha del pa--
ciente.
- El paciente es colocado de manera que el plano oclu--
sal maxilar esté en un ángulo de 45° en el piso.
- El odontólogo mueve el dedo índice izquierdo sobre el
pliegue mucobucal, en dirección posterior desde la zona bicúspi--
de hasta llegar a la prominencia cigomática del maxilar: En la -
cara posterior la punta del dedo se apoya en una concavidad del -
pliegue mucobucal.
- En este punto se hace girar el índice izquierdo de --
manera que el anular quede adyacente a la mucosa y su parte bulbo
sa esté en contacto con la cara posterior del proceso cigomático.
- Se baja la mano mientras el dedo mantiene la parte --

bulbosa en contacto con la prominencia cigomática, de manera -- que el dedo índice se halle en un plano de ángulo recto con la - cara oclusiva de los dientes maxilares y en ángulo de 45° al plano sagital del paciente. Esto puede lograrse mejor haciendo que el paciente cierre parcialmente la boca, de manera que el labio y mejilla puedan extenderse lateral y posteriormente.

- El dedo índice debe señalar la dirección exacta que ha de seguir la aguja.

- Así la punta de la aguja llega a la inmediata vecindad de los forámenes, a través de los cuales los nervios penetran en el maxilar.

- Después de aspirar y asegurarse que la punta de la - aguja no esté en la luz de un vaso, puede inyectarse lentamente el contenido del cartucho, manteniendo la posición de la aguja.

BLOQUEO DEL NERVIO PALATINO ANTERIOR.

La inervación de los dos tercios posteriores del paladar, corre a cargo de los nervios palatino anterior y medio que salen por el agujero palatino mayor.

Nervios anestesiados.- El nervio palatino anterior al salir del foramen palatino mayor.

Zonas anestesiadas.- La parte posterior del paladar duro y las estructuras que lo recubren hasta la zona de la primer bicúspide del lado inyectado. En la zona de la zona de la primer bicúspide se encontrarán ramas del nervio nasopalatino.

TECNICA:

El nervio palatino anterior sale del paladar por el foramen palatino mayor y avanza en una hendidura paralela a los dientes molares maxilares.

El agujero palatino mayor está situado entre el segundo y tercer molar maxilar, a un centímetro del borde gingival palatino hacia la línea media.

Se llega al foramen palatino mayor desde el lado opuesto debe insertarse muy lentamente hasta tocar el hueso del paladar. Este nervio puede ser bloqueado en cualquier punto de su trayecto anterior después de salir del foramen. La anestesia del mucoperiostio del paladar se obtendrá delante de la zona de inyección.

BLOQUEO DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR.

Nervios anestesiados.- El nervio dentario inferior o alveolar inferior y sus subdivisiones, nervio mentoniano, nervio incisivo y a veces el lingual y el buccinador, que son ramas del nervio mandibular.

Zonas anestesiadas:

- Cuerpo mandibular y una parte inferior del ramus mon tante.
- Dientes mandibulares.
- Membrana mucosa y tejidos adyacentes anteriores al primer molar mandibular.

TECNICA:

- Se coloca la cabeza de manera que al abrir la boca el cuerpo de la mandíbula quede paralelo al piso.
- El operador está frente y a la derecha del paciente y con el índice izquierdo palpa el pliegue mucobucal.
- Desliza el dedo hacia atrás o el pulgar hasta que to que la cresta oblicua externa y el borde anterior de la rama de-

la mandíbula.

- Cuando el índice o el pulgar toca la rama montante de la mandíbula se mueve hacia arriba y abajo hasta que se identifica la mayor profundidad del borde anterior del ramus (escotadura coronóide) y está en línea directa con el sulcus mandibular.

- El dedo palpante se mueve lingualmente cruzando el triángulo retromolar hasta el borde la línea oblicua enterna con su cresta.

- Se inserta entonces la aguja, desde el lado opuesto de la boca, cortando la línea media de la uña y penetrando los tejidos en la depresión pterigomandibular.

Durante la inserción se pide al paciente que tenga la boca ampliamente abierta. La aguja entra en los tejidos hasta tocar suavemente el hueso; esto se hace en la zona del sulcus mandibular que conduce al foramen mandibular de la espina de --- spix.

- Se retira entonces la aguja un milímetro y se deposita lentamente.

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

En muchos casos la inyección deliberada de solución -- anestésica, para anestesiar el nervio lingual no es necesaria, -- porque la difusión de la solución que se inyectó primero también actuará sobre el lingual.

BLOQUEO DEL NERVIO BUCCINADOR (BUCAL LARGO)

Se anestesia el nervio bucal. La cara bucal de los mo lares inferiores, está parcialmente inervada por el buccinador, rama bucal que se separa del nervio maxilar poco después de su -- paso por el agujero oval.

Nervios anestesiados:

Membrana mucosa bucal, mucoperióstico de la zona molar mandibular.

CAPITULO IX

INTERVENCION QUIRURGICA

TERCEROS MOLARES INFERIORES.

La extracción de terceros molares inferiores retenidos es un procedimiento quirúrgico complicado que incluye los tejidos blandos, músculos y parte del hueso más duro del esqueleto. La zona de operación es muy restringida y de difícil acceso; está muy vascularizada e inundada constantemente por saliva, lo que hace necesario el uso continuo del aparato de aspiración. Hay que mantener estricta asepsia.

Una vez que el paciente haya sido evaluado, la historia clínica revisada, los instrumentos seleccionados, y la anestesia establecida, podrá dirigirse la atención a los detalles quirúrgicos. El paciente deberá ser preparado y cubierto con los campos de forma aceptable para todos los procedimientos quirúrgicos fundamentales. Una boca con mala higiene puede requerir profilaxis, raspado o enjuagues de peróxido de hidrógeno antes de la cirugía. La preparación del paciente deberá incluir una toalla estéril cubriendo el pecho, conectada a una toalla estéril en la cabeza.

El motivo de los campos en la cirugía es para aislar - áreas contaminadas tales como el pelo y la barba y no el de aislar una área estéril como se haría para la preparación de una superficie epitelial.

TECNICA PARA TERCEROS MOLARES INFERIORES.

COLGAJO DE TEJIDOS BLANDOS.

Para la extracción de los terceros molares inferiores-retenidos, se emplea la hoja de bisturí Bard Parker NÚM 15, la incisión se hace de un solo intento; para el colgaje se empieza en la parte lingual de la línea oblícua externa a una distancia de 2 cm, por distal del segundo molar inferior, y se dirige hacia adelante, hasta que contacte la línea media de la superficie distal del segundo molar.

Se continúa la incisión por vestibular alrededor del - cuello del segundo molar festoneando hasta el espacio interproximal, entre el primero y segundo molar ahí se detiene.

Con el periostótomo o con el separador de Austin se se para cuidadosamente el colgajo, teniendo presente que el periostio debe acompañar a la mucosa bucal.

Se da vuelta y se sostiene el colgajo que cubre la corona del diente retenido. Puede ser mantenido en esta posición por la hoja ancha del periostótomo. Esto da acceso adecuado hacia el hueso.

OSTECTOMIA. OSTEOTOMIA

El objeto de ella es reseca la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia.

El hueso pericoronario es sumamente sólido, sobre todos los huesos bucal y distal y exige efectuar maniobras precisas con instrumentos afilados.

OSTECTOMIA CON FRESAS.

Es un instrumento muy útil para realizar la ostectomía; su empleo es simple y su función puede ser realizada con éxito -- con solo evitar su calentamiento por el excesivo y prolongado fresado; esto se logra operando bajo un chorro de suero fisiológico, usando al mismo tiempo el aspirador.

Cuando las hojas o bordes cortantes se obstruyen con -- astillas óseas, límpiese la fresa para evitar que se recaliente

y queme el hueso, lo que dará por resultado la muerte de las células óseas y dolor posoperatorio.

El grado y extensión de la retención ósea dependen del tipo de retención, cantidad de hueso y forma radicular, detalles que deben ser estudiados previamente.

OSTECTOMIA CON ESCOPILOS.

Por medio de escoplos se unen los orificios (en caso de haberse hecho previamente) y se quita el hueso. Este método es el que causa menor traumatismo. Los escoplos deben estar bien afilados; deben esterilizarse en un medio frío para no arruinar el borde cortante.

Debe eliminarse bastante hueso para permitir elevar el diente de su lecho, sin necesidades de presiones descomunales.- El uso de fuerza excesiva para tratar de elevar el diente, a través del hueso produce generalmente fractura. Nunca hay que sacar un diente retenido a través de una abertura pequeña; sino se -- fractura habrá mucho traumatismo, lo que aumenta las complicaciones posoperatorias.

Uso de la turbina quirúrgica de aire.

Es una técnica nueva en el tallado y exéresis ósea por el uso de la turbina de ultra alta velocidad. La velocidad es superior a 100.000 r.p.m. con fresas quirúrgicas que permitan la remoción de hueso denso con un simple movimiento de frote.

Es aplicable en la ostectomía en dientes retenidos en el seccionamiento dentario, y otros procedimientos de cirugía bucal.

La irrigación por medio de una jeringa es adecuada, aunque estudios histológicos han demostrado que hay necrosis ósea después de este fresado, con refrigerantes o sin ellos. Y naturalmente incluye un alto riesgo si no es hábilmente manejado.

EXTRACCION.

La pieza de mano, de la turbina de aire con fresa de carburo Núm. 08 o Núm. 04, se emplea frotando suavemente todo el hueso obstruido y suprayacente.

El hueso es removido por la fresa y convertido inmediatamente en emulsión con la sangre y eliminado por aspiración.

La extracción del molar retenido, término y finalidad-

de la operación en estudio, se realiza después de eliminados o disminuidos los factores de resistencia.

Se aplica sobre la cara mesial del tercer molar un elevador Número 2 de Winter, que siguiendo los principios mecánicos de palanca con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesio bucal, eleva el molar, dirigiendolo hacia el lado distal y hacia arriba.

Este es un enunciado general, como se comprende, modalidades anatómicas y clínicas, impone la necesidad de recurrir a nuevas maniobras que permitan disminuir aún más e inclusive anular los factores de la resistencia.

ODONTOSECCION.

La odontosección en molares retenidos simplifica y agiliza una operación que de otra manera sería traumática, lacerante e improductiva. El método no es fácil, pero es humano. Requiere, un menor sacrificio de un tejido útil como es el óseo y se realiza sobre un tejido que va a ser eliminado como es el --- diente.

Según Pell y Gregory, el método de la división del --

diente tiene innumerables ventajas, que hacen el éxito de la operación y el bienestar del paciente.

EXTRACCION DEL SACO PERICORONARIO.

Como este tejido tiene la capacidad potencial para producir un ameloblastoma siempre deberá ser eliminado tras la extracción de los dientes retenidos o no erupcionados. Para este fin - podemos utilizar las pinzas Kocher o Pinzas Gubias; se le desprende con una cucharilla.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Después de hecha la extracción del molar retenido, y - desprendido el saco pericoronario; se lima perfectamente todos - los bordes óseos, y se curetea toda la cavidad ósea con el objeto de desalojar cualquier resto que hubiera quedado del saco pericoronario. Inmediatamente después se lava a presión con suero -- fisiológico.

Algunas operaciones requieren un tratamiento particular de la cavidad ósea bien porque el hueso está afectado, o porque la índole de la operación así lo exige.

En estos casos se hace el tratamiento de la cavidad, -
colocando dentro de ella:

- a) Medicamentos (directamente)
- b) Gasas con medicamentos ó
- c) Drenaje

SUTURA DE LOS COLGAJOS

El cierre con sutura se realiza con una aguja curva e-
hilo, seda o nylon 000 ó 000. Pueden realizarse un punto, dos
o un punto cruzado. También es necesario afianzar el colgajo; -
atravesando con la aguja a nivel de la papila interdientaria entre
el primero y segundo molar, se surca el espacio interdentario, -
se toma la porción lingual de la encia y después de un recorrido
en sentido inverso, se amarra el hilo sobre la cara bucal del -
maxilar.

Después de suturar el colgajo, limpiamos la cavidad y
colocamos una o dos gasas dobladas de manera que al cerrar el pa-
ciente haga presión sobre la herida y de ese modo provocar hemo-
stasia.

Se le advierte que puede sangrar durante las primeras-

horas pero no de manera alarmante en caso de ser así, debe recu
rrir al consultorio.

INTERVENCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

Factores que complican la extracción quirúrgica de los terceros molares superiores incluídos.

Los factores que complicaran la técnica operatoria para la extracción quirúrgica de las retenciones del tercer molar son:

- Proximidad al seno maxilar
- Ubicación del tercer molar en parte dentro de las raíces del segundo molar superior e inmediatamente encima de ellas.
- Fusión del tercer molar con las raíces del segundo.
- Curvatura radicular anormal.
- Hipercementosis.
- Proximidad al hueso cigomático del maxilar
- Densidad ósea extrema.- especialmente en pacientes mayores.
- Espacio folicular lleno con hueso.- lo que se ve con mayor frecuencia en pacientes ancianos.
- Dificultad de acceso al sitio operatorio.- a causa - del músculo orbicular de los labios, o
- Incapacidad para abrir la boca ampliamente.

COLGAJO DE TEJIDOS BLANDOS.

Para extraer los terceros molares superiores retenidos se hace una incisión desde atrás de la tuberosidad en el surco hamular con bisturí Bard Parker hoja No. 12.

La mucosa que recubre la tuberosidad es incidida, desde la porción más distal de la tuberosidad hacia adelante, hasta - que se llega al punto medio de la superficie distal del segundo molar.

Se continúa la incisión por vestibular, alrededor del cuello del segundo molar, hasta el espacio proximal entre el primero y segundo molares, y después hacia el fondo del surco mucovestibular en un ángulo de 45°. Esta última incisión puede hacerse con una hoja No. 15 Bard Parker. La porción de la mucosa que cubre la corona del diente retenido se desprende y se separa con el periostótomo, lo cual da acceso adecuado al hueso.

OSTECTOMIA.

En un tercer molar superior retenido el hueso que lo cubre no es generalmente denso, pudiendo ser fácilmente extirpado con escoplos o gubias, para exponer así la corona del diente.

En esta operación hay que tener cuidado de no presionar y empujar por inadvertencia el diente dentro del seno maxilar o - fosa pterigomandibular. A causa de este peligro, la técnica del seccionamiento no es aplicable o no es necesaria para la extracción de terceros molares superiores retenidos.

EXTRACCION.

Una vez obtenido suficiente espacio entre el ecuador - del diente retenido y el hueso, como para permitir la introducción de un elevador, de modo que la punta de este pueda ser colocada debajo de la corona, cerca del borde gingival, en el ángulo mesio-vestibular, el diente retenido se levanta de su lecho - por medio de elevadores.

Los más útiles para esta operación son los Miller 74, - para superiores derechos, y 73, para superiores izquierdos; los hay también rectos, ó los de Winter, 12 ó 14 (R o L); existen los de Clev-Dent, para el mismo fin.

Se inserta un elevador apropiado, debajo de la corona, o la altura del cuello del diente, y usando la cortical vestibular, como punto de apoyo, el diente se eleva de su lecho hacia vestibular y distal.

Hay que tener cuidado de que el elevador esté colocado debajo de la corona y al nivel del punto más alto de la ventana-labrada en el hueso, y de que la presión sea hacia vestibular y distal. Esto es para evitar que el diente retenido sea forzado al seno maxilar o a la fosa pterigomaxilar.

Si el diente se introduce en el seno maxilar, será necesario abrir por encima de la zona de los premolares, para eliminar el diente.

Es importante los siguientes puntos para la extracción de diente retenidos.

- Debe haber espacio suficiente, para pasar la punta de un elevador por debajo de la corona y entre esta y el hueso que la rodea.

- Una abertura adecuada, lo que significa la eliminación del hueso que recubre y rodea el diente más allá de la altura del contorno de la corona.

Una vez eliminado el diente de su alveólo; seguimos-- el mismo procedimiento ya descrito en la intervención de los molares inferiores.

- Tratamiento de la cavidad ósea.

Revisamos los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior. Hay que secar el alveólo y explorarlo con una pequeña cureta, para eliminar los restos de estructura ósea o dentaria en caso de haberlas.

Si hay restos de órgano de esmalte, libérese con cuidado el tejido blando que lo rodea, a fin de prevenir la formación de un quiste.

- El caso pericoronario es sacado antes de curetear el alveólo.

- Se aplica el colgajo en su sitio y se practican uno, dos o los puntos que se requieran según la extensión de la incisión.

El tipo de sutura que usamos en este tipo de intervención es la de puntos aislados.

CAPITULO X

CUIDADOS POSOPERATORIOS.

Se entiende por posoperatorio el conjunto de medidas, - precauciones y técnicas que se realizan después de la operación - con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surgan con motivo del acto quirúrgico, co laborar con la naturaleza, en el logro del perfecto estado de - salud.

El tratamiento posoperatorio, es la fase más importante de nuestro trabajo. Tanto es así que la vigilancia, cuidado - y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, -- pueden modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Por supuesto, en cirugía bucal no puede tener la trasgendencia que alcanza en una operación de cirugía general. En - otros términos, nuestra cirugía es la cirugía que se efectúa en un paciente ambulatorio, y salvo excepciones que se fundan más - bién en el tipo de anestesia usado, que en la operación misma - (esto último también tiene excepciones), el enfermo no necesiita se hospitalizado.

Los cuidados posoperatorios deben referirse a la herida misma y al campo operatorio que es la cavidad bucal, y al estado general del paciente.

TRATAMIENTO LOCAL POSOPERATORIO.

Higiene de la cavidad bucal.

Terminada la operación, debemos lavar prolijamente la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, - con una gasa mojada en solución salina.

La cavidad bucal está irrigada con una solución del -- mismo medicamento, o mejor aún proyectada la solución con un -- atomizador que limpiará así y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios.

Estos elementos extraños entran en putrefacción y aumentan la riqueza de la flora microbiana bucal.

El paciente en su domicilio, constituido ya el coágulo, hará enjuagues suaves de la boca (colutorios), 4 horas --

después de la operación, con una solución antiséptica cualquiera diluída.

INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES.

Antes de despedir al paciente deben dársele instrucciones precisas respecto al cuidado que debe tener en su domicilio, enguajes, alimentación, tratamiento (antibióticos, quimioterapícos, corticoides).

Estas instrucciones deben darse por escrito, para -- evitarle dudas. Se entrega una hoja impresa con las instrucciones que necesita.

FISIOTERAPIA POSOPERATORIA.

Se ha preconizado el empleo de agentes físicos para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal.

Frío.

Empleamos con gran frecuencia el frío como tratamiento posoperatorio. Se le indica al paciente usar bolsas de hielo o toallas afelpadas mojadas en agua helada, que se colocan sobre

la cara frente al sitio de la intervención.

El papel del frío es múltiple: evita la congestión y el dolor posoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y delimita los edemas posoperatorios.

Indicación.

Hielo el primer día de la operación por 16 hs. para producir vasoconstricción.

Alimentación del recién operado.

La alimentación en las primeras 9 hs. debe ser líquida (thé, leche, naranjada, caldo tibio etc.)

La dieta debe ser blanda sin irritantes durante tres días, debe evitarse el dolor y la hemorragia.

Reposo.

Debe guardar reposo general y local el paciente recién operado para evitar las complicaciones.

ANTIBIOTICOS.

Estos los utilizamos solo en casos especiales al igual que los Relajantes.

Por ejemplo cuando hay hematoma debemos utilizar los - antibióticos también en caso de infección, se puede usar penicilina a eritromicina.

ANALGESICOS.

En caso de dolor; de cualquier manera es recomendable darle una tableta de analgésico después de terminada la operación para evitarle el dolor; después cada cuatro horas en caso de persistir este.

RELAJANTES.

Los utilizamos en caso de trismus (contracción exagerada de los músculos de la masticación); le prescribimos meto-carbamol.

EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA.

Las suturas sobre el alveolo del tercer molar o aún -

más posteriores; en estos sitios después del tercer día actúa - como cuerpo extraño. provocando inflamaciones localizadas y supuraciones estos puntos por lo tanto deben ser retirados después de 5 días de la operación.

Se pasa sobre el hilo a extraerse un algodón embebido en tintura de yodo o de merthiolate con el objeto de desinfectar la parte del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentra - infectada.

Se toma con una pinza de disección o pinza para algodón (manejada con la mano izquierda), un extremo del nudo que emerge sobre los labios de la herida, y se tracciona el hilo como para permitir obtener un trazo de este por debajo del nudo y poder 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 próximo al punto que emerge, por el extremo opuesto al de la sección y lo tracciona para extraerlo del interior de los tejidos.

Es importante procurar que la menor cantidad de hilo-

infectado pase por el interior de los tejidos, las razones son obvias.

De esta manera se eliminan todos los puntos de sutura, procurando no lastimar la encía, ni entre abrir los labios de la herida.

En algunas ocasiones el nudo, por hipertrofia de las partes vecinas, se encuentra alojado en el fondo de un embudo, del cual es difícil desalojarlo, pero conviene extirparlo cuanto antes, demorar su extracción significa mantener la causa --- irritativa de la hipertrofia, y las dificultades de la extirpación aumentan con el tiempo.

CAPITULO XI

COMPLICACIONES

Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales generales o de distinta índole.

Las complicaciones más frecuentes que se presentan en la cirugía del tercer molar incluido son:

- DOLOR
- EDEMA
- HEMORRAGIA (HEMATOMA) e,
- INFECCION.

DOLOR.

La terapéutica física se orienta hacia el alivio del dolor y la restauración de la función muscular normal. El alivio del dolor tiene prioridad. Muchas son las veces que el dolor no solo se limitará a los músculos masticatorios, sino se extenderá a la cara, el cuello y el sector superior de la espalda. - Para casos de espasmo muscular, el uso de cloruro de etilo es - recomendable, pero si a los tres días o más el edema, la tempe

ratura y el malestar general persisten el tratamiento deberá ser encaminado a aliviar la complicación que ha surgido. Cuando se trate de infección deberá ser debidamente combatida con antibiótico.

Si por el contrario el paciente ha evolucionado favorablemente: el dolor puede ser calmado con analgésicos; como antipirina, piramidina, muy excepcionalmente morfina, el frío -- colocado sobre la lesión calma en las primeras horas el dolor -- posoperatorio.

EDEMA.

La lesión o la destrucción de las células, suscita -- una reacción protectora inmediata en los tejidos vecinos llamada inflamación.

El carácter básico de la reacción inflamatoria inmediata es casi siempre el mismo, sean cuales sean la índole del --- agente perjudicial o el sitio donde actúa; consiste en una serie complicada de adaptaciones fisiológicas y morfológicas en -- que participan principalmente vasos sanguíneos, líquido y elementos figuradas de la sangre, y el tejido conectivo adyacente.

Siempre que las células o los tejidos experimentan una lesión o destrucción se desencadena una serie integrada de fenómenos que comienza por la liberación de sustancias vasoactivas. Estos son los fenómenos.

- Dilatación arteriolar, en ocasiones precedida de vasoconstricción pasajera.
- Aumento del riego sanguíneo.
- Dilatación y aumento a permeabilidad de los capilares
- Exudado de líquido.
- Concentración o aglomeración de hematíes en los capilares.
- Retardo o estasis del riego sanguíneo.
- Orientación periférica de los leucocitos en los capilares.
- Migración de leucocitos de los vasos hacia el foco inflamatorio.

La inflamación común que ocurre en caso de esta cirugía debe ir disminuyendo al tercer día, en caso contrario se debe -

medicar al paciente.

HEMORRAGIA.

En toda intervención quirúrgica la hemostasia es el corolario necesario de un resultado exitoso. Es probable que ninguna región quirúrgica presenta al cirujano problemas para la hemostasia tan molestos como la boca con razón de su contínuo movimiento (al hablar, comer) imposible de evitar.

Los mecanismo intrínsecos de la hemostasia en la boca - son tan efectivos como la gran resistencia que tienen los tejidos bucales a los microorganismos que allí se encuentran.

Pero si estos mecanismos fueran defectuosos por una enfermedad sistémica o se debilitaran el resultado sería una hemo-rragia en vez de una hemostasia beneficiosa.

Para disminuir o prevenir los problemas hemorrágicos - es necesario tener conocimientos de algunos métodos para su aplicación.

CAUSAS DE LA HEMORRAGIA

Las causas de las hemorragias pueden ser mecánicas o -

bioquímicas. Las mecánicas resultan de la lesión o sección de vasos de cualquier tamaño, sin interrupción por no formarse el coágulo, o porque se rompe o porque es expulsado del sitio lesionado.

Estas eventualidades están condicionadas por el tamaño del vaso, la velocidad de la sangre (arteria o vena), la cantidad pequeños vasos o el trauma posoperatorio que reciban.

Las causas de orden bioquímico dependen de la anormalidad de los elementos sanguíneos o del sistema vascular, que = impiden la normal formación del coágulo o su organización posterior. Esto sucede en la hemofilia, trastornos hepáticos, diserasias sanguíneas etc.

La primera medida por tomar consiste en calcular el -- volumen de sangre circulante que posee en ese momento. Después= de ponerle un apósito compresivo sobre la zona de la hemorragia, para tratar de detenerla por simple presión, se examina el color de la piel, su sequedad o humedad.

La hemorragia puede provenir de los tejidos blandos o del sector óseo.

Si la hemorragia proviene del tejido óseo, se podrá - el hueso contra el vaso o hacer presión en el sitio de la hemo-- rragia, con gasa, cemento quirúrgico, gelfoam etc, si la he-- morragia persiste, sobre todo si es de tipo capilar, se investi gará su probable etiología bioquímica mediante estudios especia-- les.

HEMORRAGIA MECANICA.

La hemorragia mecánica puede clasificarse, de forma - general en primaria, intermedia o secundaria.

Hemorragia Primaria.

Después de un procedimiento quirúrgico en la cavidad - bucal y del cierre de la herida, la hemorragia cesa espontánea-- mente en pacientes normales. Si esta hemorragia no se cohibe a-- los 4 ó 5 minutos de terminada la operación, se le debe contro-- lar antes que el paciente se vaya. En la boca la hemorragia pue-- de ser en los tejidos blandos o en el hueso.

Si la hemorragia es profusa, se colocan apósitos de - gasa yodoformada al 0.25 apretados con firmeza durante 5 ó 10 mi-- nutos, al cabo de los cuales se los quita colocando trozos de -

gelfoam en cada alveólo antes de suturar partes blandas en su -- lugar.

La hemorragia capilar orifinada en los tejidos blandos durante la operación se trata mejor por medio de suturas.

LIGADURA DE VASOS SANGUINEOS.

Cuando la hemorragia arterial se origina en los teji-- dos blandos, el vaso deberá ser tomado por una pinza hemostática y ligado directamente mediante un punto o indirectamente me-- diante el uso de una sutura circunferencial alrededor de los tejidos blandos.

El mecanismo local de defensa contra la hemorragia se consigue por la contracción y retracción de los vasos en el lugar de sección, como si fuera una barrera mecánica para evitar la - pérdida de sangre.

Los tres sitios más comunes para ligaduras son: Para la arteria lingual, el triángulo de Lesser: Para la carótida - externa, en el cuello entre las arterias tiroidea superior y -- lingual y para la carótida externa, en el espacio retromolar a un lado del ligamento estilomandibular.

HEMORRAGIA INTERNA O RECURRENTE.

Se presenta dentro de las 24 horas concluída la operación durante esto, la presión sanguínea del paciente puede haber descendido por un semishock, para volver a las cifras normales - al recobrase el paciente, por lo que se produce la hemorragia--recurrente, o las suturas pueden haberse desatado, o al ir a - la cama el paciente se quita los apósitos de gasa y la presión - sanguínea arrastra el coágulo, que no tiene ya la presión del - apósito de gasa que lo detenga.

HEMORRAGIA SECUNDARIA.

La hemorragia secundaria se produce después de las 24- horas de ordinario es el resultado de la ruptura del coágulo san- guíneo.

TRATAMIENTO LOCAL DE LAS HEMORRAGIAS RECURRENTE Y SECUNDARIA.

Se puede utilizar uno de los métodos que se detallan - a continuación:

- Si las suturas se han aflojado, se anestesia la zo- na y se coloca una sutura continúa firme, sobre el lugar de la-

hemorragia.

- Se aplica presión directa sobre la zona hemorrágica. Esto se realiza haciendo que el paciente muerda con firmeza un apósito de gasa o adaptando un pedazo de compuesto de modelar -- blando sobre el área hemorrágica y haciendo que el paciente muerda sobre él, cuando la pasta endurece se la quita, se le enfría y se le recorta con un cuchillo se alisa a la flama, se le vuelve a enfriar, se coloca en la boca, sobre la zona sangrante, - para que el paciente la muerda firmemente.

- Aplicación de un vasoconstrictor directamente en la zona sangrante, por ejemplo una esponja embebida en epinefrina; esto produce la constricción del vaso sanguíneo hasta que se forme el coágulo.

- Aplicación de un agente local para acelerar la coagulación, como trombina, fibrinógeno y tromboplastina. Estas sustancias se colocan sobre una gasa y se mantienen por presión en las zonas sangrante o en el interior del alveólo.

HEMATOMA.

El hematoma es un derrame de sangre en los tejidos, -

que da por resultado una masa de aspecto tumoral. Se produce a menudo el pinchazo de los vasos sanguíneos por la aguja, al inyectar líquido anestésico.

El hematoma más drámatico es el que se desarrolla rápidamente y que en pocos minutos produce una tumefacción llamativa en la mejilla. Es el resultado del desgarre por la aguja de --- anestesia de la arteria dentaria postero superior, o de su rama externa, la gingival, al tratar de llegar con el líquido -- anestésico.

También se producen hematomas después de realizar algunas operaciones en la cavidad oral. La sangre coleccionada en los planos tisulares se reabsorbe gradualmente pero existe además la posibilidad de supuración o se introduce material infectado - en la zona.

Algunos autores indican la aspiración de la sangre introduciendo en la zona una aguja larga unidad a una jeringa.

Esto no se utiliza frecuentemente; es preferible tratar al paciente por el reposo y aplicaciones frías durante 24 -- horas, seguidos de calor para facilitar la absorción de la san-

gre. Si el hematoma es el resultado de una hemorragia arterial-debajo del colgajo mucoperiostico, será necesario localizar la-arteria y ligarla; si es en la apófisis alveolar, hay que com-primir el hueso hacia la luz del vaso o taponearlo con cera en su interior.

INFECCION.

La infección de las heridas es quizá el factor que con mayor frecuencia entorpece la cicatrización normal de las heridas, ya que produce lesiones adicionales que retrasan todo el proceso normal de cicatrización. La infección puede ser debida a inva--ción bacteriana o descomposición de tejidos necróticos o ambos - pueden existir al mismo tiempo, y si cualquiera de estos dos -- procesos no es controlado, el tratamiento puede resultar inadecuado.

La infección se refleja como aumento de la temperatura corporal, enrojecimiento local, dolor y aumento de volumen. Si no se presenta una resolución ni la diseminación de la infección se llamará una infección localizada o circunscrita. En este caso existirá una zona central de necrosis como resultado del pro-cedimiento de inflamación denominado necrosiva que actúa sobre -

las bacterias para formar pus.

Desde el punto de vista práctico, el sitio y el medio ambiente en el que trabaje el cirujano bucal presenta muchos problemas relativos a infecciones. Como ninguna boca puede ser verdaderamente estéril, toda nuestra labor se desenvuelve en un --área potencialmente infecciosa. Cualquiera insición hecha en la cavidad bucal es susceptible de inversión bacteriana, por lo tanto en nuestra responsabilidad como cirujanos bucales reducir las bacterias patógenas al mínimo. Esto puede lograrse de la siguiente forma.

- No operar en paciente con signos de infección local-
o general.

- Preparar la boca con enjuagues bucales e higiene bu-
cal meticulosa antes de la intervención.

- Hacer énfasis en las instrucciones para la limpieza-
posoperatoria.

CONCLUSIONES

En este trabajo, sobre Cirugía de los Terceros Molares Incluidos; se señala el procedimiento a seguir para lograr un exitoso resultado en la intervención.

Primeramente debemos conocer con exactitud la anatomía de la zona a operar, es de suma importancia para no provocar accidentes, así mismo clasificar la pieza que vamos a extraer para intervenir con más seguridad. El cirujano debe conocer las Indicaciones y Contraindicaciones de dicha operación y evaluar así al paciente; si se encuentra en condiciones de ser intervenido, se le realizará el estudio preoperatorio, en el cual se incluye la Historia Clínica, básica para cualquier intervención, así como el Estudio Radiográfico para hacer la clasificación. El instrumental deberá ser elegido antes de iniciar la operación, esto nos evitará la pérdida de tiempo y el provocar alguna complicación, el paciente será beneficiado a la vez al hacer más rápida la operación.

En cuanto a la anestesia se elegirá la técnica adecuada para que durante la intervención quirúrgica el paciente no refiera dolor.

Una vez terminada la operación, le damos al paciente las indicaciones posoperatorias por escrito, para lograr un rápido restablecimiento.

Este es el fin de un trabajo elaborado con cariño y -- esfuerzo, pero es el principio de una nueva etapa.

Gracias.

BIBLIOGRAFIA

- .. Anatomía Humana Tomo I
Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez
Editorial Porrúa, S.A. México
Año 1979

- .. Anatomía Humana para Odontología
Dr. Ignacio Alcaráz del Río
Francisco Méndez Oteo Editor
Año: 1979

- .. Cirugía Bucal
Dr. W. Harry Archer
Editorial Mundi, S.A., C.I.F.
Año: 1978

- .. Cirugía Bucal
Dr. Guillermo A. Ries Centeno
Editorial " El Ateneo " Buenos Aires
Año: 1979

- .. Cirugía Práctica
Daniel E. Waite
Editorial Continental, S.A. México
Año: 1978

.. Anestesia Local y Control del Dolor en la
Práctica Dental.

Monheim - Prof. C. Richard Binnett

Editorial Mundi Buenos Aires.

Año: 1976

.. Atlas de Cirugía Bucal

H. Birn Jens Erik Winther

Salvat Editores, S.A.

Año: 1977