



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MEXICO
Facultad de Odontología

Tratado de los Terceros Molares en
Mandíbulas.

*Revisó
D. [Signature]*

T E S I S
P R O F E S I O N A L
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
C I R U J A N O D E N T I S T A
P R E S E N T A

Vicente Acosta Vargas



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.

C O N T E N I D O

	<u>TEMAS</u>	<u>PAGINA</u>
I.	Introducción.	5
II.	Importancia de la Radiografía.	7
III.	Historia Clínica.	9
IV.	Accidentes de la Erupción, Tercer Molar Inferior.	17
V.	Eliminación Quirúrgica del Capuchón.	26
VI.	Indicaciones y Contraindicaciones del tratamiento quirúrgico.	32
VII.	Sala de Operación Para Cirugía Bucal.	56
VIII.	Técnica Quirúrgica.	60
IX.	Instrumento Quirúrgico.	62
X.	Complicaciones Post. Operatorias.	69
XI.	Conclusión.	76

* * * * *

*

*

INTRODUCCION

*



EX
DROPE

INTRODUCCION

* * *

Es necesario conocer los problemas que ocasionan los terceros molares sobre las estructuras dentales.

Todo Cirujano Dentista debe tener los conocimientos necesarios y técnica adecuada para resolver éste tipo de padecimientos.

En nuestra opinión, un Cirujano Dentista no deberá realizar intervenciones quirúrgicas salvo que esté dispuesto a hacerse responsable sobre los padecimientos o problemas, al momento de realizar dicha intervención de lo contrario, deberá ser remitido a un Cirujano Especializado y estar consiente de que es una labor de conciencia de todo un buen Cirujano.

II. IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFIA

IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFIA

* * *

*

Es de gran utilidad para el estudio clínico y su relación con el segundo molar y rama del maxilar, y el conducto dentario, ya que la erupción del tercer molar puede presentarse completamente erupcionado o retenido; es necesario conocer los distintos elementos anatómicos a nivel del tercer molar, estos elementos son:

- El borde anterior del maxilar
- La línea oblicua externa
- La cresta temporal
- La línea miloohiodea
- El hueso pericoronario

Observamos también, piezas impactadas, resorciones óseas; el método radiográfico, también, nos ubica a hacer un buen tratamiento en padecimientos de cirugías de terceros molares, tratamientos endodónticos, quistes radiculares o cualquier anomalía y es el único método capaz de descubrir los focos sépticos en bocas más cuidadas, incluso en los desdentados.

III. HISTORIA CLINICA.

HISTORIA CLINICA

* * *

*

Es la recolección de datos de signos y síntomas que nos valemos para diagnosticar dicha enfermedad y consta:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE. Es necesario empezar con el nombre del paciente, dirección, teléfono, edad, sexo, fecha de nacimiento, ocupación, nacionalidad, raza.

MOTIVO DE LA CONSULTA. Se empezará preguntando sobre la molestia responsable de la visita del enfermo.

La queja deberá ser tan breve, con las propias palabras del paciente. El entrevistador hará preguntas adicionales que define la duración de la molestia más importante.

ENFERMEDAD ACTUAL O PADECIMIENTO ACTUAL. Es la relación de datos o síntomas del enfermo que nos proporciona desde su inicio incluye datos pertenecientes a la enfermedad, localización, dura---ción o progreso, carácter.

LOCALIZACION. El dolor es el síntoma que se presenta con mayor frecuencia en el consultorio dental, el examinador deberá localizar exactamente el dolor.

DURACION O PROGRESO. Es muy importante en el curso de los síntomas entre el tiempo y su aparición, si va aumentando durante el lapso del tiempo.

CARACTER. Es muy importante para la descripción del dolor y la molestia según sus síntomas.

ANTECEDENTES FAMILIARES. Es muy importante saber la edad o la causa de la muerte de los Abuelos, Tíos, Padres, Hermanos e Hijos, ya que hay enfermedades que se heredan como la diabetes, hemofilia y otras que se transmiten como las enfermedades venéreas, tuberculosis, alergia, etc.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS. Es necesario conocer la vida del paciente y sus costumbres, higiene personal, habitación, alimentación, escolaridad, hábitos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS. Estos pueden ser divididos entre alergias, enfermedades, medicamentos, hospitalización.

ALERGIA. Son muy importantes medicamentos, anestesia.

ENFERMEDADES. Es indispensable conocer la enfermedad que ha sufrido el paciente, ya que unas tienen un alto grado en tratamientos dentales, diabetes, cardiopatía, sífilis, discrasias sanguíneas.

MEDICAMENTOS. Es elemental para el dentista determinar si el paciente recibe actualmente un medicamento, las drogas pueden estar directa o indirectamente sobre la lesión.

HOSPITALIZACION. Es necesario conocer si ha estado hospitalizado en intervenciones quirúrgicas.

PADECIMIENTO ACTUAL. Es el motivo por el cual acude el paciente a consulta, síntomas de la enfermedad.

TRIBUNA DEL PACIENTE, o sea por qué viene a consulta, de esto sacamos lo más importante, se deduce la semiología; por ejemplo, pondremos el que se presenta en la mayoría de los casos, hay que investigar el tiempo de la evolución del dolor, intensidad, fenómeno que aumenta o disminuye, si es continuo o intermitente, si está localizado o si hay irradiación, por qué, o que lo produce, cuando apareció, o si presenta fiebre.

SISTEMA NERVIOSO

El insomnio; cambio de carácter, percepción de las sensaciones, estado de la sensibilidad (hormigueo, calambres, adormecimientos, parestecia), vértigo, lipitimas, movilidad neurocia.

El interrogatorio en relación de ésta clase de padecimientos deberá hacerse con amplitud y cuidado, siendo el sistema nervioso el coordinador de todas las actividades de la economía. Algunas exploraciones de S. N., son en realidad, en cierto modo, un interrogatorio condicionado por las maniobras que el médico ejecuta para que el enfermo informe sobre el estado de ellas.

En tal caso, se encuentra la exploración de la sensibilidad, tanto general como especial, lo mismo podría decirse de la exploración del lenguaje en los casos de afasia.

Entre las manifestaciones de padecimientos del sistema nervioso, consideramos en primer lugar el dolor de cabeza, éste sín toma trivial puede ser un episodio agudo o por el contrario de evolución crónica (Cefalea), de una manera general, la cefalea tiene menos valor, como manifestaciones de padecimientos nerviosos, puede sobrevenir en las circunstancias más variables, intoxicaciones, estados febriles, malas digestiones, etc.

Los antecedentes, tanto personales como hereditarios, no deben ser quitados entre los primeros, se consideran tanto los no patológicos como los patológicos. De los antecedentes no patológicos, es importante conocer los que se refieren al género de vida, ocupación, costumbres; los antecedentes patológicos pueden ser de importancia, principalmente de orden infeccioso como la sífilis; se averigua si el paciente ha tenido en la infancia convulsiones, terrors nocturnos.

Los antecedentes hereditarios serán adquiridos con detalles, primeramente los referentes a los progenitores y colaterales del enfermo, para convencer si ellos han padecido trastornos de sistema nervioso como epilepsia, alineación mental, sífilis, alcoholismo.

Expansión muy centrada de las arterias del cuello (baile arterial o danza de las arterias), son muy notables, por el interrogatorio, podrá saberse acerca de palpitaciones, tos, hemorragias, sensaciones de paro del corazón, cianosis, síncope, vértigo, opresión, algunas sensaciones de tensión abdominales y de dolor en el hipocondrio directo.

Obliguria cardio-neumo-renal, claudicación intermitente, dolores precardiales que son síntomas de gran valor en cardiopatías pudiendo ser angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia coronaria.

Pueden presentarse dolores pleuro-pericardiacos, pudiendo irradiarse al hombro izquierdo.

La intervención de estos dolores son muy graves, que pueden ser contra indicaciones para la intervención o para la anestesia, por lo tanto se enviará al enfermo con su médico, ya que un enfermo de esta naturaleza puede deberse a un factor psíquico, representado por el miedo a un factor tóxico, representado por la anestesia o debido a la cardiopatía misma.

Las enfermedades del corazón y el aparato respiratorio requieren una consulta del dentista con el médico del paciente.

El riesgo de la práctica de cualquier operación aumenta considerablemente en los cardíacos y la elección de la anestesia ofrece, también, peligro. Son peligrosas las operaciones en sujetos que tienen antecedentes de trombosis coronarias, de fiebre reumática, de angina de pecho, de degeneración adiposa al corazón, soplos o arterioesclerosis.

La boca sigue motivada descalificación y erupción de los dientes, sobre todo los incisivos.

En la Cirrosis Hepática es frecuente la Piorrea Alveolo Dentario. En la Intericia Hemolítica, son frecuentes las anomalías Dentarias; los incisivos superiores aparecen Hipoplásticos y Ectópicos faltando en ocasiones los superiores centrales por el depósito de pegmento en los dientes, en especial durante la primera semana estos forman un color amarillo verdoso (Deseromatodencia).

APARATO RESPIRATORIO

Es necesario conocer los padecimientos del paciente, si ha tenido problemas con la respiración y si son casos crónicos. La constitución de los enfermos es siempre alterado y la conformación modificada, en los padecimientos crónicos (Raquitismo, Efisema Pulmonar, etc.) Por el interrogatorio, nos daremos cuenta si presenta tos seca o flemosa, si se presenta por accesos, que características tiene, el tiempo que tiene de haber comenzado, evolución que ha tenido, sensación de opresión, dificultad para respirar, dolor torácico, fiebre, sudores vespertinos.

En la Disnea Respiratoria, la dificultad se encuentra en la expulsión de oxígeno, haciéndose más larga y penosa. Las dos causas más comunes de la Disnea son Asma Bronqueal y Efisema Pulmonar generalizada.

La respiración de Cliegue-Stiokes, es una manifestación de alta gravedad que suele presentarse en los padecimientos graves del cerebro (Tumores-Hemorragias), así como padecimientos de riñones, hígado, corazón.

La Disnea es la que interviene en el factor nervioso, es casi siempre de carácter paroxístico.

La Disnea puede ser de pequeños, medianos y grandes esfuerzos. El aparato respiratorio tiene importancia, porque es la vía de introducción de la Hagonia de los Anestésicos; ciertos padecimientos como el Flemón Séptico o de una de la Glotis, padecimientos gripales, infecciones de las vías respiratorias, bronquitis, neumonía, insuficiencia respiratoria, pueden formar oclusión a nivel de la laringe.

En la Tuberculosis Pulmonar es frecuente la caries dental Goldshider, considerada como Antigua Tuberculosis

La caries dental del cuello de los incisivos y la transparencia de los incisivos medios; hoy admite que la Poliartritis Alveolo-Dentaria (Piorrea Alveolar), y la Tuberculosis Pulmonar, son procesos distrópicos, si ambos conceden el proceso tuberculoso.

APARATO CARDIOVASCULAR

Es uno de los aparatos más importantes sobre la exploración clínica y nos da a conocer el estado en que se encuentra el corazón; la repercusión de padecimientos del corazón sobre el aspecto general de los enfermos.

En la insuficiencia Aórtica, es característica la palidez de la cara (facies Aórtica) y en éste mismo padecimiento los movimientos rítmicos de la cabeza (Signo de Husset).

APARATO DIGESTIVO

Es una relación que se encuentra con la cavidad oral; originando una relación de enfermedades o anomalías de los dientes y el tubo digestivo, por lo mismo nuestros conocimientos de dicho aparato deben ser lo más completos para diagnosticar con todo acierto, la causa que le es producida cualquier anomalía dentaria.

APETITO. Si está conservado, si está abolido (Anorexia), o si se ha pervertido (Paxorexia).

MASTICACION DE LOS DIENTES. Si hay una buena masticación o si presenta alguna dificultad en la masticación; investigarla, aumento o disminución de la secreción salival (Fráscismo o Asimilia), sensaciones dolorosas de la cavidad bucal.

CARACTERISTICAS DEL DOLOR. Ritmo, Periodicidad, sitio, intensidad, frecuencia, irradiación, sensaciones anormales, motivada por la llegada de los elementos al estómago, sensación de peso, Plevitud, Regurgitación, náuseas, vómito, son características.

TIEMPO DE APARICION. Olor, cantidad, frecuencia, consistencia.

DOLOR Y SUS CARACTERISTICAS. Digestión, Meteorismo, Estreñimiento, diarrea, Flatulencia, etc.

En los vómitos continuados, así como en la Regurgitación repetida del contenido gástrico (Mericismo, Rumiación) la condición.

IV. ACCIDENTES DE LA ERUPCION
TERCER MOLAR INFERIOR,

ACCIDENTES DE LA ERUPCION TERCER MOLAR INFERIOR

* * *
*

Produce una serie de accidentes patológicos de variado as
pecto e intensidad que tiene lugar en todos los climas, edades y se
xos.

RAZA. En individuos de raza blanca: falta de sitio, en
individuos de raza negra: libre en todo proceso, por su mandíbula
larga.

SEXO SEGUN WIRTH

Mujeres	101	48.4%
Hombres	108	51.6%

EDAD. Se presenta con mayor frecuencia; estos procesos
varían entre 18 a 28 años, en ocasiones 15 años (niñas), ancianos
(73, 78 y 82 años). Wirth clasificó con éste cuadro las edades y
su porcentaje en la producción de estos accidentes.

		14	AÑOS.	1	0.47 %
15	a	20	"	335	17.2 %
21	a	25	"	112	53. %
26	a	30	"	34	16.3 %
31	a	35	"	13	.67 %
36	a	40	"	4	2.4 %
41	a	45	"	3	1.4 %
46	a	50	"	1	0.47 %
51	a	55	"	2	0.90 %
		56	"	1	0.47 %
		62	"	1	0.47 %

PATOLOGIA CLINICA Y TRATAMIENTO DE ACCIDENTES DE ERUPCION.

Los accidentes de erupción del 3er. molar inf. se deben a la infección del saco dentario (saco pericoronario); para producir éste saco (Pericoronotitis) local o regional es preciso que por una parte aumente la virulencia microbiana y disminuya las defensas del organismo y por otro se establezca una puerta de entrada, la que está determinada por factores mecánicos, traumatismo sobre el capuchón del 3er. molar inferior, originado por las cúspides de los dientes (Antagonistas) o la acción conjunta de unas y otras.

CAP. DE PONT.

Explica la génesis de los accidentes del 3er. molar con los siguientes mecanismos:

1. La cavidad virtual existente alrededor de la corona del diente retenido (cavidad de saco pericoronario) cavidad del saco folicular, de cap. de pont. por influencias patológicas (transformándose en quistes dentigeros) o ser el diente de procesos infecciosos.

2. Los microorganismos que habitan en la cavidad bucal por su mecanismo de acción en cavidades cerradas exageran su virulencia, es decir, que cuando los microbios hallan penetrado entre el diente y la pared de la cavidad del saco folicular escapan los diversos mecanismos de defensa de la cavidad bucal.

3. Por falta de sitio, ocupa el primer lugar de la producción de los accidentes de los terceros molares retenidos (retos) el molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles como son la capa dental del segundo molar y el borde anterior de la rama

del maxilar; debe agregarse la oblicuidad en distinto grado del 3er. molar, resulta de una disposición embriológica del foliculo.

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL 3er. MOLAR INF.

Los accidentes originados por el 3er. molar son variados y de intensidad distinta, alcanza todas las gamas y genera todos los cuadros clínicos desde el proceso local hasta flemon gangrenoso del suelo de la boca. Pueden clasificarse clínicamente en:

MUCOSAS
NERVIOSAS
CELULARES
OSEAS
LINFARICOS O GANGLIONARES
TUMORALES

ACCIDENTES MUCOSAS

Comprenden las partes blandas que rodean el molar retenido (Pericoronaritis), todos los autores hacen derivar de ésta lección inicial los procesos patológicos de la Erupción del 3er. molar.

PERICORONARITIS.

Es la lección inicial y accidentes de alarma; se origina en la época de la erupción del molar del juicio, su comienzo puede ser brusco o insidioso.

Cuando es brusco a nivel del capuchón que cubre el molar retenido total o parcialmente se instala sin anuncio previo un proceso inflamado con sus signos característicos dolor, tumor, color y rubor.

DOLOR. Casi siempre precoz, adquiere todas las variedades, pueden quedar localizados en la región del capuchón o irradiarse en la línea del nervio delantero inferior, o tomar distintas vías; en ocasiones el dolor se ubica en el oído o a nivel del tragus, generalmente nocturno; aumenta con el roce de los alimentos o con su cambio de temperatura y se debe a fenómenos de compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamada o la existencia de una úlcera debajo del capuchón (tumor), la encía que cubre el diente es edematizada, aumenta de volumen con la impresión de los dientes antagonistas; una sonda introducida debajo del capuchón descubre la corona del diente retenido.

RUBOR. La encía ha cambiado de color normal y se presenta rojiza o rojo violáceo, cubierto de abundante sarro con restos aliménticios y coágulos de sangre.

CALOR. La vasodilatación ocasiona un cambio en la temperatura de la región; cuadro inflamatorio, no queda circunscripto al panorama local.

En el estado general es afectado: Fiebre, Anorexia, Astenia, los ganglios regionales son atacados (Adenitis) del ganglio de Chassaignac. El trismus acompaña el proceso (reacción antárgica) la modificación está dificultada.

El comienzo de la Pericoronaritis se caracteriza por dolores leves, ligeros y procesos inflamatorios que duran dos o tres días, trismos muy poco asentados entre el capuchón y el molar en erupción brotan unas gotas de pus y sangre y el proceso remite la lesión en un fenómeno inflamatorio.

COMPLICACIONES MUCOSAS LOCALES REGIONALES.

Las Gingivoestomatitis ulcerosas y ulceromembranosas del capuchón del 3er. molar inf. y sus regiones vecinas y los fondos de sacos vecinos al diente retenido pueden ser sitios propicios en la exacerbación de la virulencia microbiana y la creación favorable que se instala una simbiosis fusoespirilar; por estas razones el 3er. molar en erupción y el saco pericoronario son el punto de iniciación de una gingivitis o que pueden presentar todo el aspecto ulceromembranosas; ésta infección es generalmente amplia, repercusión ganglionar, se caracteriza por su unitariedad regional; BERCHER ---- ROUSSEU y DECELLI, sostienen que ésta infección se generaliza cuando hay una disminución de defensas local o general, se trataría de un trastorno neurotrófico de naturaleza reflejapática cuyo punto de iniciación estaría dado por la irritación del alveolo, producido -- por el molar en erupción y tejidos vecinos.

Las úlceras por debajo del capuchón se deben por las cúspides del 3er. molar inferior y por el 3er. molar superior y la acción de los alimentos produce inflamación y ulceración traumática - doloroso, cuyo tratamiento se realiza el desgaste de las cúspides - del 3er. molar o por medio de una gasa impregnada en licor Bonain o líquido de Van Der Gintz (medicamentos de propiedad anestésicas cauterizantes).

ACCIDENTES NERVIOSOS.

Los accidentes nerviosos son originados por el 3er. molar en erupción, son idénticas a los producidos por los dientes retenidos sobre el diente dentario, pueden incidir trastornos reflejopáticos y neurotróficos que se traducen en herpes.

ACCIDENTES CELULARES

La descripción clínica produce celulitis, absceso; la inflamación puede seguir varios días hacia dentro, arriba y atrás; la colección purulenta puede abrirse camino entre el músculo constrictor superior de la faringe y mucosa faringia y amigdalina.

Hacia atrás y arriba entre los fascículos del músculo temporal del absceso puede abrirse camino entre la fosa temporal.

Hacia dentro es una vía que las disposiciones anatómicas permiten la prolongación de los procesos supurativos entre la cara interna del maxilar y la mucosa y los órganos de la región sublingual, el absceso puede ganar el suelo de la boca, situarse entre los músculos Milohiideo y Superiordo (procesos graves.)

Hacia afuera y atrás redondea el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, el proceso infeccioso va en dirección del músculo macetero, atravesando la vaina muscular; pueden dar un flemon maceterino caracterizado por un trismus intenso.

Hacia afuera y adelante la colección purulenta se dirige hacia adelante dando un absceso según J. Chompret y C. L. Hironde - quienes llamaron absceso buccinato maxilar y está limitado por el hueso maxilar inferior.

ACCIDENTES OSEAS

Cabanne en 35 años de práctica ha encontrado muy pocos casos de esta complicación ósea.

ACCIDENTES LINFANATICOS Y GANGLONARES

La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis, es un hecho frecuente en todas las infecciones del saco pericoronario, se acompaña de su cortejo ganglionario.

Los ganglios de esta región son subangulomaxilares (ganglios de Chaşgainac), se trata de una adenitis que evoluciona de acuerdo con el proceso pericoronario.

ADENOFLEMON

Es una infección de gran virulencia o cuando el estado general del paciente está resentida el Adenoflemon, el ganglio está aumentado de volumen y es doloroso a la palpación espontánea con tendencia a la supuración local, abre camino por sí mismo o por la intervención del cirujano y se modifica por medio de antibióticos.

ACCIDENTES TUMORALES

Se originan por tumores odontogénicos o quistes dentigeros.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL 3er. MOLAR INFERIOR.

Pueden ser tratados por procedimientos médicos y quirúrgicos, ambos se aplican para el tratamiento de la causa y tratamiento de las complicaciones de erupción.

TRATAMIENTO DE LA CAUSA

La pericoronitis. El paciente presenta trismus de grado variable, mal aliento, fiebre, decaimiento general, repercusión ganglionar, el molar en erupción aparece por el capuchón con las características de la pericoronitis. El tratamiento médico de la pericoronaritis; el capuchón pericoronario inflamado se lavará profundamente con un antiséptico débil H₂O₂ o perborato de sodio, se administra antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Es la apertura de los focos de supuración en presencia de un absceso submucoso debajo del capuchón, éste debe ser abierto quirúrgicamente por un bisturí y deben ser extraídos para solucionar y se deben administrar antibióticos y antiinflamatorios.

V. ELIMINACION QUIRURGICA DEL CAPUCHON

ELIMINACION QUIRURGICA DEL CAPUCHON

* * *

*

El capuchón debe ser eliminado en condiciones anatómicas, según la forma y límite del capuchón y posición del tercer molar.

Forma y límite del capuchón; la eliminación quirúrgica de berá realizarse por medio de un bisturí, sólo han de researse los capuchones que cubren a manera de lenguetas que cubren el molar en erupción. Los capuchones que están formados por una prolongación del pilar anterior (no debe de ser reseado), la eliminación del capuchón se hara en estado frío y fuera de los períodos agudos de la infección. Posición del tercer molar en erupción, los únicos casos que indican la eliminación del capuchón con respecto a la posición del tercer molar, son aquellos en que el tercer molar está en posición vertical y su corona a la misma altura de la corona del segundo molar.

METODO. Se llevaran a cabo anestesia regional, se introduce una espátula de freer por debajo del capuchón entre este y la corona del molar y se recorre en toda la corona.

INCISION. Se llevará a cabo con bisturí de hoja corta, se practicarán dos incisiones paralelas a la altura de los bordes bucal y lingual, deben de ser profundas hasta entrar en el tejido óseo.

RESECCION. Se vuelve a colocar la espátula de freer y se desprende el colgajo de toda adherencia y se elimina con tijeras curvas o con bisturí, se le secciona a nivel de la cara distal del tercer molar.

TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LA ERUPCION DEL TERCER MOLAR.

El tratamiento y accidentes de la mucuosa, tratamiento Gingivoestomatitis y ulceromenbranosa; los focos deberan ser tocados por una torunda de algodón mojado en una solución de ácido crómico - 10 % en casos severos, con una solución de nitrato de plata 2 %, y también se deberá aplicarse enjuagues bucales con agua destilada, ácido bórico, bicromato de potasio o la aplicación de medicamentos de antibióticos antiflogistas.

EL TRISMOS. Que acompaña generalmente a la erupción del tercero molar puede ser tratado por varios métodos.

MECANOTERAPIA. El método terapéutico, para vencer el trismo se realiza con aparatos apropiados (cuñas de madera) y broches de madera, la función de estos instrumentos consiste en su acción de cuña entre las dos arcadas dentarias formando las contracciones musculares que se oponen a lo normal, apertura de la boca; se puede aplicar torundas de agua caliente o soluciones de sulfato de magnesio, - el calor actua como resulsivo y mejora las condiciones de tonacidad muscular.

ESTUDIO ANATOMICO QUIRURGICO Y RADIOGRAFICO REGIONAL Y DE LOS DEMAS MOLARES.

La región del tercer molar constituido por el hueso maxilar, el molar retenido y las partes blandas que lo cubren, presentan una forma cúbica, tiene 6 caras una (Anterior, Posterior), (Caradis-tal Paralela), del segundo molar, dado por un plano trazado a 1 cm. por detras del punto más distal del tercero molar.

SUPERIOR. Prolongación del plano oclusal de la. y 2a. molar.

EXTERNA BUCAL. Dada por la cara maxilar paralelo, plano oclusal, trazado por debajo del punto del molar retenido.

EL HUESO BUCAL. Es la porción ósea que cubre la cara bucal del molar retenido, su eliminación exige el empleo de escoplos filosos o fresas redondas No. 8 de carburo.

EL HUESO DISTAL. Es la clave de la cirugía del tercer molar inferior retenido, cubre la cara denominada del diente, su estudio radiográfico determina su forma y dimensiones y consistencia variable, según la posición del tercer molar; depende del éxito de las maniobras quirúrgicas.

HUESO LINGUAL. Porción ósea que recubre la cara lingual del tercer molar, su corona y raíces en las retenciones totales o sólo sus raíces en el molar erupcionado se extiende desde la cara distal del segundo molar hasta la porción más distal del tercer molar, es un hueso de escaso espesor y poca resistencia.

HUESO OCLUSAL. Porción ósea que cubre la cara lingual del tercer molar su corona y raíces y en las retenciones totales se extiende como un hueso bucal hasta la cara distal del segundo molar.

HUESO BASAL. Es la porción ósea subyacente al molar retenido en dos planos verticales que van desde la parte mesial del diente y el otro desde distal.

TERCER MOLAR RETENIDO. Es la única pieza dentaria, por lo cual tiene características morfológicas propias y diferenciales y es el diente que presenta mayor variedad de forma y tamaño.

VI. INDICACIONES Y CONTRADICCIONES
DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

CORONA. Presenta una variedad de formas y tamaños, porque en ésta porción del diente presenta gran parte del éxito de una cirugía, la corona puede ser normal, pequeña y grande y un número normal de cúspides y posee cúspides adicionales, puede presentar raíces, fractura.

LA RAIZ. Ningún molar tiene características parciales a las que presentan el tercer molar, se caracteriza por su forma, tamaño y número de raíz, en su conjunto de raíz se asemeja a un cono, la base superior que coincide con el cuello dentario; son frecuentes los molares con 3 ó 4 hasta 5 raíces, en otros casos raíces supernumerarios o raíz enanismo o gigantismo.

RADIOGRAFICAMENTE. La dirección o tamaño radicular es el problema más importante, teniendo que vencer por procedimientos mecánicos, el anclaje de las raíces en el hueso, deberán adaptarse a dichas características sobre fuerzas y movimientos aplicados a la extracción.

POSICION DEL TERCER MOLAR. Para su estudio los términos que se identifican, vertical, mesio angular, horizontal, disto angular, linguo angular, buco lingual, posición invertida.

POSICION VERTICAL. El eje mayor del tercero es paralelo al eje mayor del segundo molar.

POSICION MESIO ANGULAR. El eje mayor del tercero forma con el eje mayor del segundo, un ángulo agudo abierto hacia abajo.

POSICION HORIZONTAL. El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo.

POSICION DISTO ANGULAR. La corona del tercer molar apunta un grado variable hacia la rama ascendente y el eje mayor, forma con el eje mayor del segundo un ángulo abierto hacia arriba y atrás.

POSICION LINGOANGULAR. La corona del tercer molar se dirige hacia la tabla externa de sus raíces.

POSICION BUCOANGULAR. La corona del tercero molar se dirige hacia la tabla externa, y sus raíces hacia la interna lingual.

POSICION INVERTIDA. La corona se dirige por reglas generales hacia el cóndilo, los terceros molares de éste tipo de posición adquieren un sin número de variedades.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

* * *
*

Se dice que las complicaciones y dificultades de la extirpación aumentan en grado considerable con la edad del paciente. La evulsión precoz elimina estas peligrosas consecuencias que pueden presentarse en el momento más inoportuno. La ocasión ideal para extraerlos, es cuando se ha formado las dos terceras o tres cuartas partes, aproximadamente, de las raíces, eliminándose así el riesgo de la curvatura anormal de los ápices y las exostosis de las raíces.

En personas de mayor edad, la odontectomía se torna un problema mucho más difícil. El hueso es duro y frágil, las raíces pueden tener exostosis y la corona estar en contacto directo con el segundo molar, con resorción completa de todos los tejidos intermedios, incluyendo la corona del segundo molar y en general la reparación ósea es más incompleta.

INDICACIONES. Indicaciones para la odontectomía de los terceros molares retenidos y no brotados, son las siguientes:

- A) Hiplopatia de los Maxilares y Desproporción entre las dimensiones de éstos y las de los dientes. Este fenómeno es causa de maloclusión en general; pero en particular es la razón por la que al brotar el último diente y carecer de espacio, no puede adoptar su posición normal en el maxilar.

BROADHENT ha demostrado por radiografías cefalométricas, que el incompleto desarrollo de la estructura ósea va acompañado de la imposibilidad de proporcionar espacio suficiente para la erupción de los terceros molares.

- B) Obstáculos a la Erupción normal del Segundo molar. Esta importante anomalía de desarrollo de la dentición, debe corregirse con odontectomía precoz del tercer molar.

Cuando la mandíbula no se ha desarrollado lo suficiente para alojarlo, de manera que presiona sobre el segundo molar y lo inclina.

- C) Inclinación Posterior de los Segundos Molares. La presión del tercer molar en desarrollo sobre la superficie distal del segundo puede causar la inclinación de éste último, e impedir así su oclusión normal, pues las cúspides distales no se ponen en contacto con las cúspides correspondientes de los molares superiores.
- D) Síntomas Neurológicos, la compresión del nervio dental inferior por un molar retenido, origina a veces cientos de síntomas neurológicos, entre ellos, dolor que en ocasiones es referido a zonas inervadas por cualquiera otra de las ramas del quinto par o de los nervios que se anastomosan con él.

En individuos menores de treinta años, es en quienes con mayor frecuencia se producen síntomas neurológicos por esta causa, puesto que la presión es más probable se ejerza durante la etapa de desarrollo del molar cuando las raíces crecen sin erupción compensadora del diente retenido. Las causas de la irritación pueden ser también un molar, que en lugar de hacer erupción a través del hueso que lo cubre, llega a detenerse en una pieza contigua.

Cefaceas frontales y occipitales y una oscura e indefinida sensación de presión, son los síntomas, más comunes que puede suprimir la extracción de terceros molares criptodónticos, aunque habrá también que diagnosticar y eliminar otras causas.

Los terceros molares inferiores retenidos, producen frecuentemente ostalgiia de origen dental y tinnitus, y se ha registrado casos de neuralgia glossofaríngea, curados por la extracción de esos dientes.

- E) Formación de quistes. Muchas veces el folículo dental en los dientes retenidos forman un quiste, que suele hallarse situado alrededor de la corona y aparece en la placa radiográfica como un pequeño quiste de erupción, inmediatamente por debajo de la encfa. La membrana está adherida al cuello del diente, en algunos casos, los quistes alcanzan grandes dimensiones, y pueden ser dentígeros (encerrando la corona) o paradóntico (desarrollados en el lado distal del diente). Los quistes de erupción, pasan frecuentemente inadvertidos hasta que llegan a adquirir tales dimensiones, que por presión desvían los dientes a considerable distancia.
- F) Caries e infección periapical. Hay teorías que indican que en piezas totalmente retenidas intraóseas se han llegado a encontrar focos de caries; clínicamente se han encontrado dos casos de caries en la clínica periférica de Xochimilco de esta Universidad. - Esto se confirma, ya que hay una teoría que se encuentra en el texto de cirugía bucal del autor G. Ries Centeno, donde indica que hay vías especiales por donde penetran los microorganismos cariogénicos. La teoría endogénica de la caries apoya este fenómeno.

- G) Resorción Interna. La resorción interna ideopática debe distinguirse de la caries.

La infección puede desarrollarse en dientes completamente retenidos sin abertura de la encía. Cuando se extirpen estos dientes la corona se desmenuza y después de eliminar sus fragmentos, se procederá a extraer las raíces.

CONTRAINDICACIONES

1. Locales.

- A) INFECCIONES PERICORONAL. Uno de los procesos que con mayor frecuencia causan los terceros molares, es la infección de los tejidos peridentales, lo que sucede cuando la encía ha sido perforada y permite la invasión de los microorganismos.

En las infecciones piógenas se puede formar un absceso pericoronar, que en el maxilar inferior es frecuente, que vaya acompañado de trismo, disfagia, celulitis y linfadenitis o abscesos submaxilar o parofaríngeo.

- B) INFECCION DE VINCENT. Bajo el colgajo gingival que cubre un tercer molar, es muy frecuente que exista un foco de esta infección que periódicamente origine brotes de gingivitis ulcerosa, hasta que se procesa a la odontectomía.

Sin embargo, se deberá tener la precaución de no extraer ningún diente durante la fase aguda de la infección de vincent, pues podría producirse focos-pilar, el diagnóstico deberá confirmarse bacteriológicamente y aplazarse la odontectomía, hasta que haya sido eliminada la infección.

- C) NOMA O CANCRUM ORIS. El noma es una gangrena fulminante muchas veces mortal de uniones cutaneomucosas como labios, nariz, conducto auditivo externo o genitales. Suele iniciarse en la superficie mucosa y es mucho más frecuente a nivel de la cavidad bucal.

El desarrollo del noma se ve favorecido por factores predisponentes generales, como mal nutrición o problemas circulatorios, higiene bucal. Se observa en pacientes agotados por una enfermedad crónica.

- D) FRACTURAS. Las fracturas, especialmente en el maxilar inferior, pueden escapar al diagnóstico y originar cuadros dolorosos. Hay incapacidad para masticar alimentos sólidos y puede haber cambios leves en las zonas normales de oclusión. Debe investigarse cualquier alteración en el funcionamiento de los maxilares; por ejemplo, cualquier desviación que se produzca al abrir la puerta.

- E) TRISMUS. El trismus, como reacción antálgica o por inflamación directa de los músculos masticadores (masetero y pterigoidea interno y externo.)

Esta siempre presenta, sobre todo en los procesos provenientes de los molares inferiores. En muchas ocasiones el trismus está tan cerrado, que será necesario abrir la boca por métodos instrumentales o por la anestesia general.

F) OSTEOMIELITIS. Se conoce con este nombre a la infección de la médula ósea. El proceso se extiende a lo largo de los espacios medulares o produce necrosis y destrucción de grandes cantidades de huesos. En la etapa aguda hay dolor intenso, hipertemia e introducción de los tejidos blandos adyacentes.

La osteomielitis no es tan frecuente, como en la era preantibiótica. No obstante aún se ven casos muy serios originados por gérmenes resistentes a los antibióticos.

2. Generales.

A) AVITAMINOSIS. Cuando el paciente padece deficiencia vitamínica, se retarda la cicatrización y es posible que fracase el proceso de reparación, tanto del tejido óseo como el blando. Además la avitaminosis disminuye las resistencias orgánicas contra la infección, de manera que es probable que se presente la infección y a menudo ocasionan diversas enfermedades de la boca que se resisten a los tratamientos usuales.

La vitamina C o ácido ascórbico es de mucha importancia para la cicatrización de heridas. La deficiencia de ácido ascórbico, como la vitamina K origina propensión a la hemorragia.

LA DEFICIENCIA DEL COMPLEJO VITAMINICO "B". Es frecuente en pacientes quirúrgicos, en particular la deficiencia de niacina, que acompaña de malestar general, fatiga, estreñimiento y anorxia; después puede presentarse la estomatitis, glositis, la depresión mental, el delirio y el estupor. La deficiencia de tiamina, ocasiona síntomas nerviosos imprecisos, dolores musculares, trastornos de la movilidad gastrointestinal y anorexia.

B) CHOQUE. El paciente puede hallarse en estado de choque después de padecer traumatismo grave, quemaduras externas, hemorragias copiosas, deshidratación, infección que suma virulencia o intoxicación medicamentosa. Se ve pálido, cianótico; el pulso es rápido y débil (diliforme), la respiración superficial y a menudo hay signos de deshidratación. La principal causa del choque es la circulación defectuosa, bien sea a causa de la reducción del volumen de sangre o al aumento de la circulación capilar.

La reducción del oxígeno en la sangre venosa (la sangre oscura que sale por incisión es señal de peligro). Es uno de los primeros signos de choque.

Al paciente en estado de choque se le debe colocar en posición horizontal, o aún mejor llamada posición contra choque, ésto es con los pies levantados y la cabeza vuelta hacia a un lado y se le mantendrá bien abrigado y con las ropas secas. Es frecuente que se vomiten las personas que se hallan en estado de choque intenso y puede ser la causa de muerte repentina.

C) INFECCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS. Las infecciones de la nariz y la faringe, pueden ocasionar complicaciones pulmonares después de la anestesia. En algunas personas que padecen faringitis, bronquitis, o cualquier otra clase de infección de las vías respiratorias, no se debe ejecutar ninguna operación quirúrgica que requiera anestesia por inhalación, a causa del peligro de las complicaciones como la pulmonía y los abscesos pulmonares secundarios.

D) ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. Las cardiopatías más frecuentes que ocasionan problemas y que pueden llegar

a la muerte durante una operación, según Butler Feeney y Levine (1930), son los siguientes: Enfermedades valvulares, miocarditis crónica, fibrilación auricular, angina de pecho, trombosis coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, taquicardia paroxímal. Cuando hay nefritis, el riesgo es mayor.

Aconseja el reposo en la cama, la administración preoperatoria de barbitúricos, como el fenobarbital (16 a 32 mg. las dosis mayores son las peligrosas), tres o cuatro veces al día para reducir el temor y en virtud del efecto que produce en el sistema cardiovascular; la administración del porcentaje de oxígeno cuando se usen anestésicos por inhalación. Si se emplea un anestésico local, puede ser provechosa la administración preoperatoria de nitroglicerina (0.12 mg.), disuelta debajo de la lengua cada media hora. Los medicamentos que pueden producir efectos perjudiciales en los pacientes que padecen cardiopatías son: Extremo Hipofisiario, mezclas de dióxido de carbono, atropina y particularmente adrenalina (epinefrina).

- E) ANGINA DE PECHO. La angina de pecho se caracteriza por ataques paroxílicos de dolor torácico, con sensación de sofocación y muerte inminente. Esta infección suele estar relacionada con una cardiopatía isquemante y el dolor resulta de una aportación insuficiente de oxígeno al miocardio.

Los pacientes que sufren angina de pecho acusan dolor en el tórax, que suele aparecer tras los esfuerzos o las emociones y que cede pronto con el reposo. Es típica la localización del dolor detrás del esternón y su propagación frecuente al brazo izquierdo. En algunas ocasiones, el dolor se refiere a la cabeza y al cuello.

Los pacientes con angina de pecho que van al consultorio dental, generalmente se deben del modo siguiente: Las consultas han de ser breves y de preferencia por las mañanas.

A menudo hay que prescribirles barbitúricos como premedicación para reducir a la ansiedad y la tensión.

Debe suspenderse el tratamiento inmediatamente, si el paciente se queja de dolor en el pecho durante el mismo. Es aconsejable llamar al médico del paciente cuando se presenta un episodio de dolor, incluso en el caso de que la nitroglicerina lo haya aliviado.

- F) **INFARTO AL MIOCARDIO.** Cuando se interrumpe súbitamente la irrigación sanguínea de una porción del miocardio dan lugar a la muerte o necrosis de la fibra muscular, se produce un infarto.

El paciente experimenta un ataque súbito de dolor constrictivo en la línea media, acompañado de sensación de muerte inminente; puede sucumbir al shock o producirse un paro cardíaco. Si el episodio ocurre en el consultorio, el dentista debe llamar inmediatamente a un médico. Hasta su llegada se administrará oxígeno al paciente y se le mantendrá caliente.

Si se produce el paro cardíaco, debe hacerse masaje sin abrir el tórax y la respiración de boca a boca, en estos pacientes no debe hacerse ningún tratamiento dental electivo, hasta que haya transcurrido seis meses después del infarto.

- G) **INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.** La insuficiencia cardíaca congestiva aparece, cuando durante un período de tiempo prolongado el rendimiento cardíaco es inferior al que exige el organismo, la insuficiencia

Cardíaca congestiva puede presentarse como complicación de varias enfermedades; anemia, tirotoxicosis, fiebre reumática, cardiopatía reumática, cardiopatía congestiva, infarto de miocardio, enfermedades pulmonares y otras.

Si el estancamiento de sangre en el círculo pulmonar produce congestión pulmonar, la disnea es el síntoma clínico principal. Cuando aumenta la congestión pulmonar suele aparecer ortopnea (mayor facilidad para respirar en la posición vertical).

Asimismo puede presentarse una disnea súbitamente nocturna; en la cual la crisis de ahogo se desarrolla súbitamente durante el sueño, sin causa aparente. Otro síntoma pulmonar corriente es la tos, producida por la acumulación de líquido en los pulmones en cantidad suficiente para estimular el reflejo tusígeno bronquial.

La función en los pacientes con insuficiencia congestiva suele alterarse produciéndose una retención de sal y agua.

La insuficiencia congestiva puede llevar a la anoxia cerebral que se manifiesta por irratibilidad, pérdida de la atención, inquietud e incluso coma. No obstante, estos síntomas indican una insuficiencia congestiva avanzada.

En un paciente con signos o síntomas de insuficiencia congestiva, no deben practicarse tratamientos dentales corrientes, ni siquiera urgentes, hasta después de consulta con su médico.

H) HIPERTENSION. Las dos formas más importantes de esta enfermedad, son la esencial y la secundaria. Alrededor de 85 al 90 % de los pacientes pertenecen a la primera categoría, cuya etiología es desconocida. La Hipertensión esencial puede seguir una evolución rápida, maligna. La inmensa mayoría pertenece a la variedad benigna, en la cual el paciente se ve relativamente libre de síntomas durante varios años.

La Hipertensión Secundaria, generalmente está asociada con trastornos del sistema nervioso central, con enfermedades de las glándulas suprarrenales, con enfermedades renales primarias, o con la toxemia del embarazo.

El paciente con la forma maligna o acelerada de la hipertensión esencial, presenta un comienzo brusco de síntomas que consisten en cefaleas intensas, trastornos visuales, náuseas, convulsiones y a veces, incluso coma. Estos síntomas están asociados con una elevación rápida de la presión sanguínea.

Por lo general se hace el diagnóstico de hipertensión cuando la presión sistólica es superior a 150 y la diastólica superior a 100.

El paciente hipertenso no compensado, constituye un mayor riesgo operatorio, pudiendo presentar hemorragia tras una operación de cirugía mayor. Asimismo, es un individuo hipertenso no compensado, el tratamiento dental puede precipitar un accidente vascular o un infarto del miocardio.

Las consultas dentales de los hipertensos compensados, han de ser lo más posible y extensas de ansiedad. Es aconsejable, contar los posibles efectos colaterales

de los medicamentos que toma el individuo hipertenso,

- I) FIEBRE REUMÁTICA. Todavía no está aclarado por completo la etiología de la fiebre reumática, pero al parecer está relacionada con una hipertensibilización indirecta seguida tras una infección por estreptococos.

La fiebre reumática puede tener un comienzo insidioso o agudo. Generalmente hay antecedentes de infección estreptocócica de las vías respiratorias superiores, que producen al comienzo de los síntomas en una a cuatro semanas. La forma más corriente de fiebre reumática, se caracteriza por la aparición súbita de fiebre y dolor articular. La artritis tiene a veces carácter migratorio; a medida que el dolor y la tumefacción ceden en una zona, se afectan otras articulaciones de las extremidades, pero no hay ninguna zona que sea inmune.

También se observan invariablemente síntomas como anorexia, pérdida de peso, depresión y fatiga. Puede producirse una inflamación del miocardio, pericardio o endocardio en los pacientes en que la lesión del corazón es notable, suele producirse precozmente una insuficiencia cardíaca congestiva. Una complicación frecuente de la fiebre reumática es la lesión de las válvulas cardíacas, especialmente la válvula mitral.

La colonización de bacterias en la válvula cardíaca alterada, origina la grave complicación llamada endocarditis bacteriana. El dentista tiene que indentificar a los pacientes que han padecido una fiebre reumática, con el fin de protegerlos, con antibióticos, de la bacteremia que se produce a consecuencia de algunas intervenciones dentales como el escariado de la

raíz, el raspado gingival, las extracciones, las operaciones de endodoncia, las intervenciones quirúrgicas en los tejidos blandos y el sondeo periodontal.

La penicilina es el mejor fármaco para la cobertura antibiótica profiláctica. Se recomienda la administración por vía oral de 500,000 unidades cuatro veces al día, comenzando por el día de la intervención y continuando dos días más. Los pacientes alérgicos a la penicilina, deberán sustituirla por eritromicina.

- J) LESION HEPATICA. Los enfermos de lesiones graves del hígado, como la cirrosis avanzada, a menudo sangrando espontáneamente después de una operación. Esta hemorragia se debe de vigilar pues cuando se acompaña de vómito, puede ser debida a una variz del esófago perforada.

Se han recomendado los siguientes preparativos: Trasfusiones de sangre pérdida, corregir la anemia y mejorar los factores antihemorrágicos antes de la extracción y durante ella y si es necesario después de la operación.

Es conveniente la administración de hidratos de carbono. La leche desnatada es útil por razón de sus aminoácidos que contienen azufre; a los pacientes después se les prescribirá vitamina K, (hikinone, una capsula, 4.6 mg. al día) y vitamina C., se hará todo lo posible por administrar proteínas e hidratos de carbono y reducir la infección de grasas al grado mínimo.

- K) ICTERICIA. Esta enfermedad se conoce por el color amarillo de la piel y de las escleróticas. Produce deficiencia de los factores formadores de protombina, - así como del calcio utilizable, fibrinógeno, glucosa y agua. La deficiencia de protombina se debe a la absorción defectuosa de vitamina K. Si el tiempo de --

protombina es de 18 segundos, es muy probable que se presenten hemorragias. Por consiguiente, se deben diferir las operaciones quirúrgicas y si es necesario - una extracción de urgencia, se administrará 4 mg. de vitamina K tres veces al día, transfusión de 250 cc. de sangre (que contienen protombina) y 0.5 cc. de vitamina sintética hidrosoluble por vía endovenosa o intramuscular dos veces al día para normalizar el tiempo de protombina.

- L) DIABETES MELLITUS. A los enfermos diabéticos se les debe prescribir un régimen alimenticio bien regulado con respecto a los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas.

El tipo más corriente de diabetes, tiene un comienzo lento en individuos maduros y generalmente adopta formas benignas.

La cetoacidosis es poco frecuente y la enfermedad tiende a estabilizarse; menos de 25% de tales pacientes requieren insulina.

A menudo se trata de individuos obesos. La diabetes de comienzo tardío o de tipo adulto, se trata de acuerdo con su intensidad; muchos de estos pacientes eran compensados simplemente con la prescripción dietética y el ejercicio, otros con control dietético, - de tipo adulto, requieren insulina que se administra por vía intramuscular.

Muchos agentes hipoglucemiantes orales utilizados en el tratamiento de diabetes mellitus, son compuestos de sulfanilurea. Uno de uso es muy corriente en la

tolbutamida (orinase) y su actividad hipoglucémica se debe probablemente a la estimulación de síntesis y liberación de insulina en los tejidos de los islotes del páncreas. Otros agentes hipoglucemiantes del grupo de la sulfanilurea usados en el tratamiento de la diabetes, son la clorpropámda (diabinese), la tolazamida (tolinase) y la acetoexamida (dimerol). El clorhidrato de fenofanilurea. La fenormina es un agente hipoglucemiante oral, no relacionando con la sulfanilurea. La fenormina actúa fuera del hígado, como coadyuvante o reforzar la insulina.

Puede utilizarse prácticamente en todas las clases de diabetes, sola o asociada en la insulina.

El paciente diabético presenta gran tendencia al desarrollo de operaciones patológicas en las arteriolas, capilares, las venulas y las arterias de mayor tamaño, tales alteraciones pueden conducir a una enfermedad coronaria, al infarto del miocardio, a la insuficiencia renal, a los accidentes vasculares, cerebrales, a la hipertensión, a la gangrena de las extremidades y a trastornos de la retina.

El paciente diabético, también puede desarrollar neuropatías periféricas.

Los signos y síntomas de la diabetes melitus, son la poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, prurito, infecciones cutáneas, enfermedad periodontal progresiva, abscesos, heridas y somnolencia. Cuando se descubre uno o más signos de los que acabamos de enumerar, el dentista debe pensar en la diabetes, si la diabetes es de tipo más moderado, el análisis de orina puede resultar negativo, y para hacer el diagnóstico, hay que recurrir a la glucemia en ayunas y la glucemia postprandial, detectarse mediante la prueba-

de la tolerancia a la glucosa o la prueba de la tolerancia de la glucosa y cortisona.

Un diabético no compensado con una infección oral aguda, plantea un difícil problema de tratamiento. Es su mamente importante que el dentista lo remita a un médico para que trate su diabetes. También se ha de tratar la infección oral, si se desea obtener una com pensación del estado diabético.

Se ha de recoger material de la zona infectada para e fectuar cultivos bacterianos y pruebas de sensibilidad a los antibióticos, y se debe administrar al paciente un antibiótico como la penicilina. Una vez que tengan los resultados del antibiograma, se adminis--- trará el antibiótico específico, al cual sea más sensible el agente infeccioso. En caso de no poderse rea lizar antibiograma, el antibiótico de elección es la penicilina.

Por regla general, los diabéticos están sometidos a tratamientos; se averigua la dosis de la insulina que requiere el paciente consultando con su médico. Si no está gobernada la diabetes, se debe administrar la do sis necesaria de insulina por espacio de 12 a 24 ho-- ras antes de la operación. Se calcula la dosis para 24 horas y se administra por vía intramuscular aproxi madamente una sexta parte del líquido alimenticio que se haya de administrar antes de la operación del día de esta. Una hora antes de la operación se adminis-- tran 25 gramos de glucosa con forma de solución de 10% en solución salina fisiológica después de la operación.

Se administra la misma cantidad de insulina cada 24 ho ras y un litro de solución salina con 5% de glucosa.- Cada 4 horas se determina el azúcar urinario y se regula la dosis con arreglo a las determinaciones.

M) NEFROPATIA. Las enfermedades del riñón requieren una selección cuidadosa de los agentes anestésicos y medicamentos. El éter y el cloroformo deprimen los barbitúricos de acción prolongada, particularmente cuando es lato el nitrógeno no proteínico.

Las enfermedades del riñón se acompañan a menudo de perturbaciones del equilibrio hídrico y electrolítico.

N) HIPERTIROIDISMO. El hipertiroidismo es un estado en la glándula tiroidea funciona con demasiada actividad. - Predomina en el sexo femenino y es más frecuente en personas jóvenes y maduras.

Los pacientes con hipertiroidismo suelen ser nerviosos e impresionables. Tienen tendencia a la pérdida de peso, a la disnea y a la sensación de debilidad y duermen mal. Pueden presentar exoflacos, tienen el pelo fino y liso, respiración excesiva en la cara y en las manos, toleran mal el calor.

Para hacer un diagnóstico, el médico usa las siguientes pruebas: metabolismo basal, yodo ligado a la protena, colesterol sérico e índice de yodo radioactivo.

El hipertiroidismo se trata con el tiouracilo, aunque algunas veces está indicada la tiroidectomía.

Como los pacientes con hipertiroidismo presentan una irritabilidad superior a la normal, una de las facetas del tratamiento dental ha de ser la administración de sedantes. Tales son hipersensibles a la acción de la adrenalina, que ha de ser empleada con cautela y moderación. Los tratamientos orales quirúrgicos en pacientes hipertiroideos están contraindicados, pues se ha dado caso de muerte.

Hay que tener presente que cuando el metabolismo basal está elevado, el consumo de sustancias es mayor; en consecuencia, pueden desarrollarse déficits nutritivos secundarios, por lo cual habrá que añadir un suplemento a la dieta.

- 0] HEMOFILIA Y OTRAS ENFERMEDADES HEMORRAGICAS. Estas pueden ocasionar complicaciones si no se reconocen antes de una operación. La hemorragia primaria o secundaria puede continuar a pesar del tratamiento.

Tiene propensión a la hemorragia, los enfermos del hígado especialmente los de cirrosis crónica, los nefropatías con uremia, de leucemia, escorbuto, ictericia producida por deficiencias de vitamina K, debido a carencia de sales biliares, de púrpura trombocitopénica y de hipertensión.

La hemofilia se caracteriza por la prolongación del tiempo de coagulación que a menudo es hasta de dos o tres horas, con frecuencia con prolongación del tiempo de sangría y es una enfermedad hereditaria, transmitida por la hembra al varón. Los antecedentes de familias y personales, generalmente facilitan el diagnóstico.

Las hemorragias son transmitidas por traumatismos que producen hematomas subcutáneas, hemartrosis o hemorragias exteriores continuas, difícil de contener, las hemorragias consecutivas a extracciones dentales, pueden ocasionar la muerte. Es importante el tratamiento profiláctico, antes de ejecutar una operación quirúrgica. El tratamiento local, como la aplicación de trombina al alveolo, la sutura minuciosa y los tapones de presión son muy útiles después de las extracciones.

P) ANEMIA. Se define la anemia, como la disminución de la capacidad de transporte de oxígeno, por parte de la sangre estado, debido, con mucha frecuencia, a la disminución del número de glóbulos rojos circulantes. Son varios los procesos patológicos que pueden originar una anemia; sin embargo, no se considera como una enfermedad específica. Entre los signos que pueden indicar anemia, tenemos los siguientes: la trofia de las papilas linguales, la ictericia, las uñas en forma de vidrio de reloj, la osteoporosis, la piel seca y lisa y la palidez de ésta.

Cabe observar una falta de ácido clorhídrico gástrico, demostrable mediante pruebas de laboratorio específicas y también puede haber una hipertrofia del hígado o del bazo, el paciente anémico se queja de tener la lengua muy sensible y dolorosa, fátiga, debilidad, disnea, entumecimiento, pérdida de peso, pérdida de apetito e irritabilidad.

Las pruebas de laboratorio utilizadas en el diagnóstico de la anemia son: la determinación de la hemoglobina, el hematócrito, extensión sanguínea, el recuento de reticulocitos y el examen de la médula ósea.

En general, las anemias por médula hipáctica producen un aumento de número de reticulocitos en la sangre periférica; las anemias con médula ósea hipoactiva suellen producir una disminución.

El paciente dental en el cual sospecha la existencia de una anemia, debe ser remitido al médico para su diagnóstico definitivo y tratamiento. Lo más interesante es determinar la etiología de la anemia y ordenar el tratamiento pertinente.

- Q) TRASTORNOS DE LA COAGULACION. La coagulación de la sangre depende de unas proteínas especiales, elaboradas por el hígado, del calcio y de las plaquetas, así como de algunos factores hemáticos adicionales.

En el proceso de la coagulación se han escrito tres fases independientes: formación de la tromboplastina, formación trombina a partir de la protrombina y formación de un coágulo de fibrina a partir de fibrinógeno.

Para la formación adecuada del producto de la fase I, la tromboplastina, son necesarios los factores hemofílicos; para que se inicie la fase II, es necesaria la formación de tromboplastina, y para el comienzo de la fase III, se requiere la formación de trombina.

Las causas más frecuentes de los trastornos hemorrágicos, son las enfermedades hepáticas o la administración de medicamentos anticoagulantes, tales como la heparina y compuestos cumarínicos, usados en el tratamiento o después de las intervenciones sobre el corazón.

Los pacientes con trastornos de la coagulación, presentan con frecuencia los síntomas siguientes: Petequias, equimosis, hemartrosis, hemorragia gingival espontánea y epistaxis, los pacientes con una historia de aparición fácil de equimosis, hematuria, hemorragias prolongadas tras pequeños cortes o tras la extracción de dientes, hospitalización por hemorragias,

trasfusiones múltiples hematopatía reciente o tratamiento prolongado con aspirina, deben ser examinados a fondo para detectar un posible problema de la coagulación. Las pruebas de laboratorio utilizadas para descubrir las alteraciones de la coagulación, comprenden el tiempo de tromboplastina parcial, el tiempo de protobina y la concentración de fibrinógeno en la sangre.

Los tratamientos quirúrgicos en los pacientes con alteraciones de la coagulación congénitas o adquiridas, son peligrosas en el mejor de los casos. Muchos de estos pacientes son ambulatorios de la hospitalización y de la substitución de los factores que les faltan antes de intervenirlos quirúrgicamente.

- R) TROMBOCITOPENIA. Consiste en una disminución del número de plaquetas circulantes y idiopática (de causa desconocida), secundaria a una enfermedad como las metástasis cancerosas óseas, o ser consecuencia de reacciones alérgicas o de los efectos tóxicos de agentes químicos sobre la médula ósea.

Las plaquetas son indispensables en la primera fase la coagulación, su número se ha reducido mucho. Las plaquetas actúan como tapones mecánicos en los capilares lesionados. Si el número desciende por debajo de 100,000 por centímetro, puede originarse un trastorno hemorrágico grave. Este trastorno, está relacionado con la falta del taponamiento de los capilares lesionados.

Las petequias, equimosis, epitaxis y la hemorragia gingival espontánea, son signos corrientes en los pacientes con trombocitopenia. El enfermo puede tener

antecedentes de trastornos hemorrágicos, muy similares a los que presentan los pacientes con alteraciones de la coagulación.

Las pruebas utilizadas en el estudio de los pacientes en los cuales se sospecha en alguna forma de trombocitopenia, son el recuento de plaquetas, la retracción del coagulo y la del torniquete.

No deben efectuarse intervenciones quirurgicas en los pacientes con trombocitopenia, hasta haber consultado con un médico y haber logrado una cifra practicamente normal de plaquetas.

- S) ENFERMEDADES DE LOS GLOBULOS BLANCOS. Las principales enfermedades que afectan a los glóbulos blancos, son la leucopenia o agranulocitosis y la leucemia. La granulocitosis es una infección, en la cual hay un notable descenso del número de granulocitos circulantes (principalmente neutrófilos), en la sangre periférica, lo cual origina una disminución importante de la resistencia a la infección.

La leucemia es una enfermedad maligna de los leucocitos, que da lugar a una producción excesiva de dichas células. Según el tipo de leucocitos que predominan, se distinguen tres clases de leucocemia: mieloide, linfoidea y monocítica. Puede optar la forma aguda o crónica, pero la determinación siempre es letal.

La leucemia suele asociarse con anemia y trombocitopenia a consecuencia de la sustitución de la médula ósea por células leucémicas.

Entre los signos hallados en los pacientes con agranulocitosis o leucemia, figuran las úlceras orales, las pinguéculas, equimosis, hiperplasia progresiva, --

osteólisis, hiperplasia de los ganglios linfáticos y dientes flojos.

Los pacientes corporales: pérdida de peso, boca seca y dolor de las encías.

Las pruebas de laboratorio usadas en el diagnóstico de estas enfermedades, comprenden en el recuento leucocitario total, la extensión hemática para estudiar la morfología celular y la extensión de médula ósea.

En los pacientes que se sospecha un agranulocitosis o una leucemia, no debe realizarse ningún tratamiento dental electivo. Una vez diagnosticado por el médico y sometido a tratamiento, pueden ejecutarse los procedimientos corrientes de asistencia dental.

El dentista deberá mantenerse en contacto con el médico en lo que se refiere al estado de salud del paciente; pues en la leucemia son corrientes las recaídas súbitas. En las fases terminales de la leucemia, los pacientes suelen sufrir mucho por causa de los dolores orales.

El dentista, mediante los cuidados orales conservadores, como la eliminación del cálculo con un cavitron puede hacer mucho para disminuir las molestias de estos pacientes en sus últimos días.

VII. SALA DE OPERACION PARA CIRUGIA BUCAL.

SALA DE OPERACION PARA CIRUGIA BUCAL

* * *

*

Sala de operación para cirugía bucal, es una sala que mide 4 x 4 m. el sillón se sitúa frente a la ventana, a pesar de que se opera con luz artificial, proviste por una lámpara de pie a la derecha del sillón y la mesa de Finochito, y a la derecha otra mesa -- donde se colocan los instrumentos y las dos compresoras esterilizadas a la izquierda del sillón, el aspirador de sangre por delante y el aparato de anestesia; por detrás los tubos de protoxido de azoe y oxígeno.

En la misma sala también se encuentra el laboratorio; sobre la pared la vitrina con cajas y material de cirugía; el negatoscopio y tambores con gases cortadas.

LOS PROFESIONALES. Que practican exclusivamente la cirugía bucal, deben disponer de una clínica, una sala de operación, una sala de recepción, un escritorio y una mesa para curaciones o examen con aparato de rayos "X".

ES NECESARIO EL EQUIPO DE ANESTESIA GENERAL y para ello impone contar con salitas de reposo para descanso posoperatorio del paciente.

EL SILLON DENTAL tiene que reunir los requisitos señalados e instalado frente a la ventana del consultorio dental.

EQUIPO DENTAL permite tener comodamente los instrumentos y debe instalarse a la izquierda del sillón, para no interferir las maniobras del ayudante o de las enfermeras, ya que manipulan los instrumentos a nuestro alcance.

SALIVADERAS que sean fácilmente desplazables, pueden usarse las que llevan el equipo dental o la que aplicada al sillón dental lo siga en sus movimientos. En ocasiones es conveniente hacer escúpir al paciente en una palangana, se evita así que el paciente se mueva y no pelagra la seguridad de las compresas que se colocan sobre su pecho y cabeza.

MESA PARA INSTRUMENTOS, la de Finochietto de cirugía general es válida para nuestra cirugía, es liviana metálica de ruedas pequeñas con llantas de goma y deslizante, por lo tanto a voluntad del cirujano. Consta de dos planos, uno mayor para colocar los instrumentos apoyados sobre una compresa esterilizada y una menor para el resto de los instrumentos; del plano mayor, un mecanismo o tornillo permite subir y descender la mesa a voluntad, si el paciente debiera permanecer acostado la mesa puede colocarse a la altura del pecho del paciente.

DISPOSICION DE LOS INSTRUMENTOS EN LA MESA. Una distribución de los instrumentos, permite al cirujano encontrar los instrumentos rápidamente sin pérdida de tiempo para la operación y el paciente. El orden debe ser fijo y cada vez que se use un instrumento se colocará en el mismo lugar, se debe de acostumbrar a dividir imaginariamente la mesa en cuatro sectores, dos derechos anterior y posterior y dos izquierdos.

SECTOR DERECHO DE LA MESA. Instrumental para seccionar - las partes blandas (bisturí), pinzas Kocher, pinzas Halsted, tijeras, pinzas de disección y de dientes de ratón, pinzas para algodón, pinzas bayoneta, espejo bucal, leguas, espátula roma de Freer, separadores y dos instrumentos destinados a la osteotomía y tratamiento de la cavidad ósea, escoplos, martillo, pinzas gubias, fresas para hueso, cucharillas para huesos.

SECTOR IZQUIERDO DE LA MESA. Instrumentos indicados a la sutura, agujas, porta agujas, exploradores especiales, gasas cortadas en trozos, una cápsula de porcelana o de vidrio Pirex y una jeringa de goma (en la cápsula se vierte suero fisiológico con lo cual

se irriga el campo operatorio durante la intervención para evitar re calentamiento del hueso) se ubica también instrumento de Exodoncia.

TAMBORES MUEBLES PORTATAMBORES. Los tambores son de metal perforados y su capacidad variable, debe tener las compresas, las ga sas, los delantales, guantes y demás material, que necesite esterili zarse.

MESILLA PARA EL AYUDANTE. Algunos operadores acostumbran a disponer una mesilla para el ayudante cubierta por una compresa es terilizada y sobre ella los instrumentos necesarios.

LA MESA PORTATAMBORES. Modelo de arce es uniforme y cons- ta de un plano superior para ubicar tambores (de robineau), para ga sas compresas de hilo y gasa, también consta de un plano inferior pa ra colocar las tapas de los tambores durante el acto operatorio.

RECIPIENTES PARA DESPERDICIOS. Detrás del sillón y al al- cance del cirujano y ayudante.

ASPIRADORES DE SANGRE. Como no pueden ser ligados los va-- sos seccionados para que la operación intrabucaal se haga blanco.

VIII. TECNICA QUIRURGICA

TECNICA QUIRURGICA

* * *

*

La cirugía es una rama de la medicina y a la vez es una ciencia o arte. Por lo general la cirugía bucal es sencilla, ya que se lleva a cabo en pacientes (vestidos y sentados) solamente en algunos casos, es necesario la hospitalización, como cirugías de Maxilares y Anestesia.

INSICION. Es la separación de tejidos que se llevan a cabo por medio de un bisturí y una hoja corta de lo cual puede ser superficial o profunda con dirección longitudinal o oblicua.

En el caso de la insección del tercero molar, debe ser profunda hasta llegar al hueso, este tipo de corte se dara según la posición que ocupe la pieza retenida. La insección se llevara a cabo desde la cara distal del segundo molar y se contornea en torno al cuello, después se fistonea la primera del segundo y primer molar - hasta el hueso, teniendo cuidado de la sección de ligamentos.

PREPARACION DE COLGAJOS.

Se lleva a cabo el Periostotomo, es la brecha quirúrgica - que va desde la cara distal y mesial, el Periostotomo toca el hueso - y apagandose en el con suaves movimientos de lateralidad y un giro - del instrumento se desprende el labio bucal de la insición, en toda la extensión que va del tercer molar al espacio situado entre el primer molar y el 2do. premolar y a un espacio interdentario, desprendido el colgajo se mantiene con el mismo Periostotomo.

IX. INSTRUMENTO QUIRURGICO.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

* * *

*

En la cirugía bucal, se necesita un instrumento especializado. Toda operación de cirugía bucal se propone abrir la encía y llegar hasta el hueso, practicar una ventana en el y por ella eliminar el objeto de la operación (Diente o Tumor), un proceso patológico, conseguido esto, se colocan todos los tejidos en su sitio nor--mal y se da por terminada la intervención. Se realiza dentro de la boca, a comparación con la Cirugía general.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

1. Bisturí (hoja corta, consta de un mango y una hoja No. 5 Bard Parker).
2. Tijeras; como instrumento de succión de tejidos, se encuentra escasa aplicación en nuestra especialidad, se emplea para seccionar lengüetas, festones, ginsivales, y trozos de encías, en el tratamiento de encías (Tijera Newman).
3. Pinzas de disección dentadas, es posible tomar la de-licada Fibromocosa bucal sin lesionar.

Las pinzas diente de ratón son proveedoras de tres dientes y permite sostener firmemente el colgajo.

Instrumentos de Galvanotermocauterio, radio bisturí o electrotomo, permite efectuar la sección de tejidos gingivales, y son - los instrumentos con los que pueden abrir abscesos o destruir los - capuchones que cubren los terceros molares.

LEGRAS PERIOSTOTOMO ESTATULAS ROMAS

Seccionada la fibromocosa y su separación y desprendimiento para preparar los colgajos exigen instrumentos adecuados.

SEPARADORES, sólo sirven para separar los labios o colgajos sin que sean heridos ni traumatizados; pueden emplearse separadores faragenf, los extremos acortados y volkmann, que consta de un mango y un tallo que termina en forma de diente, el mango clinie se adapta para separar los colgajos en la extracción del tercer molar inferior.

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE TEJIDOS DUROS

ESCOPILOS Y MARTILLO, de uso muy frecuente en cirugía bucal principalmente (Osteotomía), y aún la resección (Ostectomía), - del hueso que cubre el objeto de la Intervención.

La tabla externa en las extracciones del tercer molar inferior retenido y tabla ósea vestibular para eliminar quistes de -- distintos tipos.

El escoplo de barra metálica con extremo contorneado a bisel a extensos de una de sus caras y afilado, actúan a precisión manual o golpes de martillo. La hoja puede ser recta o estar achuecada en - media caña.

Martillo, que consta de un mango y de un mazo que permite esgrimirlo con facilidad, debe de ser dirigido por el mismo operador.

PINZAS GUBIAS, sirven para realizar la resección del hueso (Ostectomia), podemos utilizar las pinzas gubias rectas o curvas que actúan extrayendo el hueso por mordiscos sobre éste.

Es de gran utilidad las fresas, pueden sacar huesos de porción y abrir caminos a otros instrumentos osteotomía y principalmente las fresas quirúrgicas, sehamber y redondas.

LAMINAS PARA HUESO. (Escofines), se les usa para preparar maxilares que lleven aparatos de prótesis o para alisar bordes y eliminar puntos óseos.

PINZAS PARA TOMAR ALGODON O GASA; el campo operatorio debe mantenerse libre de la sangre que manda los vasos seccionados.

PINZAS DE KOCHER, en cirugía general se les usa para la hemostasia, comprime la arteria o vena seccionada que quedan expuestas, así para ser llegadas la pinzas de Kocher se usa en cirugía bucal como sostenedores de colgajos o para tomar bolsas quisteas, trozos de hueso o de diente del interior de una cavidad, tejidos patológicos o sangrantes.

CUCHARILLA PARA HUESO, las colecciones patológicas granulomas, fungisidad, quistes, deben eliminarse del interior de las cavidades óseas, con cucharilla para hueso, pueden ser rectas.

La parte activa puede tener diferente forma y diámetros distintos.

OSTECTOMIA; es resecar la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia, tiempo importante en la cirugía del tercer molar, la ostectomia y junto con la Odontosección, simplifica traumatismo al paciente Pericoronario es sumamente sólido sobre todo los huesos bucales y distal y exige efectuar maniobras con instrumentos afilados.

LAS FRESAS, es un instrumento muy útil, para realizar la Ostectomia, su empleo es simple y su función puede ser realizada con éxito; con sólo evitar su calentamiento por su excesivo y prolongado fresado y acompañado con suero fisiológico, se debe utilizar --- fresas de alta velocidad.

Al realizar extracciones de tercer molar inferior retenidos y el hueso que recubre debe ser eliminado parcial o totalmente. El grado y extensión de la resección ósea, depende del tipo de retención, cantidad de hueso y forma radicular; se presentan dos tipos de Ostectomia, Ostectomia de acceso y Ostectomia para la extracción, el de acceso se refiere a la remoción de hueso necesario para llegar instrumentalmente a la cara mesial inaccesible.

OSTECTOMIA DE LA EXTRACCION, está regulada por la consistencia y cantidad de hueso pericoronario, la posición del molar, - sus desviaciones, la forma de su corona y disposiciones de sus raíces.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA.

La extracción del molar, término y finalidad de la operación en su estudio, se realiza después de eliminar los factores de la resistencia por (Ostectomia). Se aplica sobre la cara mesial del tercer molar, un elevador No. 2 (Winter), que significa los principios mecánicos de la palanca de primero y segundo género, con puntos de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesio bucal, eleva el molar hacia el lado distal y arriba.

ODONTOSECCION.. Es un método que se realiza en cirugía y simplifica una operación menos traumática y requiere un menor sacrificio de tejido óseo; se realiza sobre un tejido que va a ser eliminado como es el diente, según Pelly Gregory.

EL METODO DE LA DIVISION DEL DIENTE, tiene innumerables ventajas que hacen el éxito de la operación. La Odontosección se puede realizar en dos formas, según su eje mayor y eje menor, ambas pueden efectuarse con varios tipos de instrumentos (Escoplos y Fresas), carburo o tusteno, en el escoplo utilizamos hojas anchas de uno o dos biseles muy bien afilados y en fresas (redonda y de fisura), el uso del escoplo debe ser de gran intensidad, que logre el propósito de un sólo intento, el borde cortante del escoplo se coloca sobre la cara mesial del molar.

ODONTOSECCION DE FRESAS, se realiza a nivel del cuello del molar, bajo un chorro de suero fisiológico para evitar el calentamiento del molar.

Extracción de la parte seccionada, según el eje mayor, según la posición; por ejemplo mesio angular, desviación bucal con la cara mesial, ambas raíces dirigidas hacia el lado distal se introduce en elevador recto de hoja fina y se gira el mango del instrumento, tratando de desplazar hacia el lado distal de la Odontosección.

EXTRACCIONES SEGUN EL EJE MENOR; se introduce un elevador No. 21 or Winter, un elevador recto en la cara mesial del tercero, se gira en el sentido de las agujas del reloj, de derecho a izquierdo y se eleva la corona; si no cede, se procede con el elevador como una palanca con apoyo en la cima del hueso mesial y se levanta en sentido opuesto.

PARA LA ELIMINACION DE LA PORCION RADICULAR, se tendrá en cuenta si son raíces funcionadas o individualidad.

En raíces funcionadas se extrae con un elevador No. 11L o de Winter; raíces no funcionadas (Divergentes o Convergentes), pueden extraerse aplicando un elevador por debajo de la cara mesial o se procederá a separar las raíces con una fresa de fisura, para extraer dos porciones una distal y otra mesial con elevadores.

SUTURAS DE LOS COLGAJOS; se realiza con una curva e hilo de seda o naylón, puede ser con puntos separados o de continuidad, - en éste tipo de cirugía se utilizan puntos separados e hilo de seda de tres ceros.

X. COMPLICACIONES POST. OPERATORIAS.

COMPLICACIONES POST. OPERATORIAS

* * *

*

Entre las complicaciones que se presentan con más frecuencia son: Hemorragias, Hematomas, Infecciones, Trismos. /

HEMORRAGIA; es la ruptura de vasos, por lo cual la sangre sale a la superficie externa o a los espacios intersticios de los tejidos y los órganos vecinos; es necesario conocer la Etiología de la Hemorragia, puede ser por la elevación de la presión sanguínea o por la disminución de los factores de la coagulación.

Las hemorragias de cirugía bucal, no son mortales, es necesario conocer el estado general del paciente como: (Pulso, Presión Arterial, Respiración, Temperatura).

En Hemorragias nuevas se tratará de normalizar la volemia mediante la infusión de soluciones, suero o plasma o por medio de anticoagulante (Vitamina K.).

VASO CONSTRUCTOR

Hemorragia Primaria, se realiza por dos procedimientos uno instrumental y el otro mecánico, el primero tiene aplicación en el ligamiento o en el aplastamiento del vaso que sangra se practica comprimiendo traumáticamente el vaso que sangra con un instrumento- roneo, el otro se logra por taponamiento con un trozo de gasa y su compresión generalmente volviendo el colgajo en su sitio y suturando la hemorragia cede por compresión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los vasos óseos sangrantes a expensas de éste coagulo se realiza el proceso de osificación, si la hemorragia

no cede se puede colocar una gasa y puede ser impregnado con los me
dicamentos como Trombina, Tromboplastina, Adrenalina, Perclorato de
Hierro.

Para evitar que la gasa se adhiera, se coloca vaselina, -
existen ciertas gasas que tienen propiedades estepticas tales como
el Caludp Stripnon. Esto se utiliza en los quistes como taponamien-
tos.

HEMORRAGIA SECUNDARIA.

Aparece algunas horas o días después de la operación; pue-
de obedecer a la caída del coagulo luego de un esfuerzo del pacien-
te o que ha cesado la Vasoconstrucción de la anestesia; su trata-
miento puede ser medidas locales o generales.

METODOS LOCALES.

Se lava la región que sangra con un chorro de agua calien-
te y a la vez el paciente que haga enjuagatorios para retirar los
restos de coagulos de sangre que dificultan ser el punto sangrante,
hemostacia se realiza por taponamiento o posición con gasa, éste -
se realiza durante media hora y se retira poco a poco. Mu-
chas ocasiones presenta dolor de lo cual se coloca en el punto an-
terior en el sitio de la hemorragia.

HEMATOMAS.

Se llama hematoma toda colección sanguínea depositada que
carece de circulación sobre los tejidos vecinos de lo cual forman -

un tumor sanguíneo que puede adquirir un volumen voluminoso de lo cual presenta un cambio de coloración del techo operatorio, dolor en la encía que cubre la región operada.

La hematomas se va absorbiendo pero en muchas ocasiones - la hematomas puede originarse no sólo por el traumatismo inherente a las intervenciones sino también por desgarro o ruptura de un vaso de las maniobras de anestesia.

INFECCION, es la invasión de los tejidos orgánicos o microorganismos de los canales, se multiplican rápidamente ocasionando un proceso patológico; los germen infectantes más comunes son: Estreptococos, alfabetahomolíticos, estafilcocos; son menos frecuentes el mycobacterium, tuberculosis.

El mejor tratamiento en la prevención para evitar la Osteomielitis en el enfermo es que el Cirujano Dentista trate de facilitar el drenaje evitandose con ello nuevos caminos a la infección, ocasionalmente se utilizan antibióticos en grandes dosis para lograr, evitar el proceso local de la infección y hasta la necrosis o sea desde donde la infección puede clasificarse. Infecciones Primarias, Secundarias, Mixtas.

INFECCIONES PRIMARIAS. Son las primeras manifestaciones de la enfermedad en el organismo.

INFECCION SECUNDARIA. Es cuando el organismo ha sido debilitado por una infección primaria, existen muchas ocasiones contra otra infección originada por el mismo germen u otro microorganismo patógeno.

INFECCION MIXTA. Es cuando el padecimiento es ocasionado por dos o más microorganismos, se pueden clasificar las infecciones según la distribución de los microorganismos en el huésped.

INFECCION LOCAL, cuando los síntomas se localizan en una sola área de la superficie corporal, como en la herida.

INFECCION FOCAL, cuando los microorganismos se encuentran en una región determinada, donde se propagan ellos mismos o sus toxinas, hacia otras partes del organismo por medio de las corrientes sanguíneas.

INFECCION SISTEMATICA O GENERAL, es cuando existe una invasión general hacia todos los sistemas orgánicos. Las infecciones se pueden subdividir en bacterianas septicemias, picemias, sapremias o toxemias.

ALVEOLITIS, es una de las complicaciones más frecuentes y desagradables. Alveolo seco, osteitis, alviolar, alviolo, neocrótico y osteomielitis localizada, son sinónimos utilizados para describir la infección que se presente al coagulo sanguíneo; las terminaciones nerviosas quedan expuestas a la cavidad bucal, provocando -- con frecuencia dolor intenso.

Deberá instituirse un tratamiento para aliviar el dolor grave y persistente asociado con esta infección, consiste en la aplicación de un agente local para aliviar el dolor y un antiséptico para combatir cualquier infección localizada que pudiera existir.

TRISMUS, es la imposibilidad pasajera de abrir completamente la mandíbula, debido a la contracción de los músculos elevadores del maxilar inferior (Masetero), que están relacionados con la evolución de evolución, puede ser por causas locales ya sea traumáticas-inflamatorias o tumores o también causas generales.

Reconocer trismus, es necesario precisar sus características, aparición rápida o lenta, progresiva; intensidad variable -- unilateral o bilateral y si es acompañado por dolor intenso o moderado.

El trismus cede facilmente a la anestesia local, la etiología puede ser local, general.

Locales, puede ser por traumáticas fracturas de la región condilea de la apofosis coronoides o de la rama ascendente del maxilar inferior o del ángulo del maxilar.

El trismus puede aparecer por heridas que afectan directamente al músculo o heridas cutáneas con hemato o cuerpos extraños intramusculares, son muy particulares por traumatismos operatorios-especialmente extracciones dentarias; principalmente en los terceros molares.

POSOPERATORIA.

Es el conjunto de medidas precauciones y técnicas de nuestro trabajo y tanto es así, que la vigilancia y cuidado y tratamiento del paciente, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso, indicaciones quirúrgicas.

La cirugía bucal se efectua en pacientes ambulatorios, --salvo excepciones de tipo de anestesia y que el enfermo no necesite hospitalización.

HIGIENE BUCAL, una vez terminada la operación, el ayudante o enfermera lavan proligicamente la sangre que se depositó sobre la cara del paciente; la cavidad bucal, sera irrigada con una solución tibia.

FRIO, se emplea como gente física, para mejorar y modificar las heridas en la cavidad bucal.

La utilizamos con gran frecuencia como tratamiento Poso--
operatorio; aconsejamos bolsas de hielo o toallas afelpadas con agua
sobre el sitio de la intervención, el frío evita la congestión y el
dolor Posoperatorio; previene las hematomas y las hemorragias dis-
minuyen; se utiliza en períodos de sulfato de magnesio.

La alimentación del paciente, sera de una dieta blanda y
bien balanceada, las primeras 48 horas; Indicamos también una te--
rapia a base de analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

XI. CONCLUSION.

CONCLUSIONES

* * *

*

Debemos considerar que la erupción del tercer molar inferior, afecta un porcentaje elevado a la población; por lo tanto es necesario que el Cirujano Dentista dé un diagnóstico definitivo y certero para evitar las complicaciones que puedan surgir.

No debemos olvidar la importancia y las medidas de Urgencia que tienen los terceros molares; con un buen equipo o personas-capacitadas en el lugar de la operación; durante el acto no debemos tomar riesgos en aquellos pacientes en que exista la duda de ser -- hospitalizados.

Es muy importante la experiencia del Cirujano Dentista durante el acto Quirúrgico.

La mayor parte de los pacientes para Cirugía Bucomaxilar-son ambulatorias y generalmente están en buen estado de salud; el facultativo debe tener en cuenta que siempre existe posibilidad de enfermedad general relacionadas o simultáneas durante la Cirugía o después de la misma.

BIBLIOGRAFIAS

<u>AUTOR</u>	<u>TITULO</u>
1. Ries Centeno Guillermo	CIRUGIA BUCAL
2. Thoma Kurt H.	CIRUGIA BUCAL
3. BURKET L. W.	MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.
4. Christopher Frederick	TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA.
5. Clinica Odontológicas de Norteamérica.	URGENCIAS ODONTOLOGIA
6. Mc. Carthy Franck	EMERGENCIA DE ODONTOLOGIA
7. Archer Harry W.	ATLAS TECNICA QUIRURGICA