



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES
Y CANINOS INFERIORES

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N

ADELA PESCADOR FUENTES

SILVIA LANDEROS RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INTRODUCCION.

La eliminación de los dientes impactados, constituye un capítulo muy importante en la práctica de la cirugía oral.

Se propone el término de odontectomía, para describir la eliminación quirúrgica de los dientes y en particular los impactados.

Es un gran procedimiento que requiere una gran habilidad técnica y un claro raciocinio. Los problemas que se asocian a estas técnicas requieren unos cuidados absolutos hacia el paciente.

Una terapéutica racional antibiótica, anestésica, medicación balance nutritivo, juicio quirúrgico y habilidad es lo más preciso para enfrentarnos con la cirugía de los dientes impactados.

El estudio de los dientes retenidos es un caso clínico - frecuente, encontrándose con mayor predisposición caninos y -- terceros molares, éstos afectan a las estructuras orales adyacentes con sus consiguientes problemas.

Las dificultades de la extracción y las complicaciones - transoperatorias y postoperatorias aumentan considerablemente-

en relación a la edad del paciente, es decir a mayor edad -- del paciente, mayores son las dificultades y complicaciones.

Para la extracción de dientes retenidos se han creado una gran variedad de técnicas de las cuales se tratará de explicar las que se consideran más importantes y de mayor utilidad en la práctica del consultorio. Suponiendo que las que se presentarán con mayor frecuencia fuera la extracción de los terceros molares retenidos, la cual es más fácil de extraer cuando el paciente es joven porque la membrana constituye al residuo del folículo dental entre el diente y el hueso, facilitando así la operación, sin embargo, no es muy recomendable o compartible el criterio de los autores que dicen que la mejor ocasión para extraer los terceros molares retenidos es la edad, cuando solo se ha formado la corona.

Aunque también se dice que no es fácil la extracción de estas coronas porque por lo regular se encuentran profundas y giran cuando se introduce el elevador, por lo que se considera que el momento ideal, es cuando se ha formado 2 tercios o tres cuartas partes de la raíz.

En los individuos de mayor edad es más difícil porque el hueso es más duro, pero a la vez frágil y las raíces pueden presentar un problema más grave porque puede existir exostosis.

Concluyendo esta introducción nos atrevemos a definir que los dientes retenidos son aquellos que al llegar la época normal de erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario - fisiológico.

La retención dentaria se presenta en dos formas infra ósea y subgingival.

Cualquier diente ya sea temporal, permanente o supernumerario, pueden quedar retenidos, esta retención se presenta con mayor predisposición en caninos y terceros molares.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA.....1

- a) Llenado de la historia clínica.
- b) Auxiliares de diagnóstico.

CAPITULO II

.....13

- 1.- Etiología de los dientes retenidos.
- 2.- Causas generales.
- 3.- Accidentes ocasionados por los dientes retenidos.
 - a) Accidentes mecánicos.
 - b) Accidentes infecciosos.
 - c) Accidentes nerviosos.
 - d) Accidentes tumorales.

CAPITULO III

.....19

- 1.- Clasificación de terceros molares retenidos.
 - a) Según Winter.
 - b) Según Peel y Gregory.
 - c) Según Archer.
- 2.- Clasificación de caninos superiores.

CAPITULO IV

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL ACTO QUIRURGICO.

.....34

- a) Indicaciones y contraindicaciones de los terceros molares retenidos.
- b) Indicaciones y contraindicaciones de los caninos retenidos superiores.

CAPITULO V

.....61

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.

1.- Radiografías del tercer molar inferior.

- a) Radiografía intraoral.
- b) Radiografía extraoral.
- c) Radiografía oclusal.

2.- Radiografía de canino superior retenido.

CAPITULO VI

.....70

TRANSOPERATORIO.

1.- Instrumental quirúrgico.

2.- Conceptos generales de asepsia y antisepsia.

3.- Técnica de esterilización.

4.- Preparación del área quirúrgica.

CAPITULO VII

ANESTESIA GENERAL Y TECNICA DE BLOQUEO.

.....81

1.- Anestesia.

- a) Bloqueo de la rama del nervio máxilar inferior.
- b) Bloqueo de la rama del nervio máxilar superior.

CAPITULO VIII

.....91

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

1.- Extracción quirúrgica de los terceros molares inferiores retenidos.

- a) Posición vertical.
- b) Posición mesioangular.
- c) Posición distoangular.
- d) Posición horizontal.
- e) Posición linguoangular.
- f) Posición bucal.
- g) Posición invertida.

2.- Extracción quirúrgica de los terceros molares superiores retenidos.

- a) Posición vertical.
- b) Posición mesioangular.
- c) Posición distoangular.
- d) Posición paranormal.

3.- Extracción quirúrgica de caninos superiores retenidos.

- a) Técnica operatoria palatina.
- b) Técnica operatoria vestibular.

CAPITULO IX

.....132

POSOPERATORIO.

- a) Indicaciones al paciente.
- b) Medicación.
- c) Complicaciones postoperatorias.

CONCLUSIONES.

BILIOGRAFIA.

CAPITULO I.

HISTORIA CLINICA.

Las principales razones para elaborar una historia clínica, son:

- 1.- Para poder obtener el conocimiento de la enfermedad exacta y aplicar la farmacoterapia indicada y así no comprometer el éxito de la cirugía bucal.
- 2.- Para poder obtener un diagnóstico seguro y así no perjudicar el estado general del paciente.
- 3.- Para detectar alguna enfermedad ignorada y se controle durante el acto quirúrgico.
- 4.- Y por último en caso de que exista demanda judicial por incompetencia profesional, exista un documento conocido tanto por el paciente, familiares y el o los cirujanos dentistas, es muy importante -- que el paciente firme dicho documento que en este caso es llamado historia clínica. Esta sirve de -- protección al odontólogo.

LA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA CONSTA DE TRES PARTES.

- 1.- Interrogatorio del paciente o historia propiamente dicha.
- 2.- Exploración física.
- 3.- Exámen de laboratorio.

El objetivo del interrogatorio, no es otro que el de -- obtener información sobre la enfermedad actual del paciente, -- su estado anterior de salud y el de sus familiares, debe lle-- varse a cabo dejando que el paciente nos cuente a su forma su-- propia historia con sus propias palabras. El estudio debe ser-- ordenado siguiendo su orden casi rutinario.

a) Datos Generales que comprenden:

- 1.- Nombre.
- 2.- Edad.
- 3.- Sexo.
- 4.- Ocupación.
- 5.- Origen.
- 6.- Estado Civil.
- 7.- Domicilio.

La ocupación en este caso puede tener importancia para-- originar un diagnóstico y algunos padecimientos ocupacionales; el origen sirve para sospechar ciertas enfermedades con predo-- minio glacial.

b) Antecedentes hereditarios y familiares.

Esto comprende los padecimientos de carácter heredita-- rio bien demostrados, a los que traducen una tendencia fami--- liar definida a cierto tipo de patogenia.

Las enfermedades hemorrágicas con sus características peculiares de transmisión por ejemplo: la hemofilia constituye un grupo de interés práctico especial, por el riesgo de sangrado que tienen estos pacientes, es necesario investigar la obesidad y el grupo de padecimientos cardiacos vasculares en forma sistemática.

c) Antecedentes personales.

Estos pueden ser patológicos y no patológicos. Entre los no patológicos destacan por su relación directa con patología oral, los hábitos de nutrición, dieta suficiente o insuficiente y en caso de sexo femenino, se le realiza la historia obstétrica.

De los antecedentes patológicos hay que tener una enumeración de las enfermedades padecidas, las operaciones que se le han realizado, sensibilidad a los alimentos y medicamentos, transfusiones practicadas.

Las preguntas que se sugieren para el desarrollo de la historia, son las siguientes:

- 1.- Padecimiento actual.-Molestia principal, fecha de aparición, signos y síntomas.
- 2.- Antecedentes personales no patológicos.-Vacunas que han recibido, si el paciente fuma, si ingiere bebidas alcohólicas y con que frecuencia.

Si ha recibido atención Odontológica y de que tipo (extracciones, amalgamas, cirugía en boca, etc.).

A las pacientes de sexo femenino, se les preguntará si están embarazadas o bien la fecha de su última menstruación.

3.- Antecedentes familiares.-Si los padres viven o sino, la causa de su fallecimiento, enfermedades que padecen o que padecieron.

4.- Signos vitales como son: Presión arterial pulso, temperatura y frecuencia respiratoria.

5.- Antecedentes personales patológicos.

Antecedentes sistémicos.- Son problemas nutricionales, cardiacos, vasculares, hepáticos, renales y respiratorios.

Las preguntas que se sugieren se mencionan a continuación:

Antecedentes nutricionales y del sistema digestivo.

- Tipo de alimentación.

- Frecuencia.

- ¿ Tiene apetito ?

- Náuseas, vómitos ¿ a que hora ? ¿tiene sangre?

- Su evacuación sale con pus o sangre.

- ¿ Tiene sensación de hambre dolorosa?

Antecedentes cardiacos y vasculares.

- ¿ Se fatiga y siente sofocación el caminar con grandes o pequeños esfuerzos ?
- ¿ Tiene palpitaciones ?
- ¿ Se le duerme algún dedo, los brazos o alguna parte del cuerpo ?

De las enfermedades cardiovasculares como ataque cardiaco, insuficiencia coronaria, tensión arterial elevada, arteroesclerosis.

Quando exista cualquiera de estas enfermedades, el Dentista debe tener cuidados especiales con estos pacientes, el tratamiento a seguir no debe iniciarse hasta que se haya consultado con el Médico que atiende al paciente, generalmente la intervención del Odontólogo va precedida de una medicación al paciente con un sedante, con el fin de reducir al minimo la exitación.

Antecedentes Hepáticos.

- ¿ Se siente cansado y sin fuerzas ?
- ¿ Se siente inapetente ?
- ¿ Se le ha inflamado alguna vez el abdomen del lado derecho ?
- ¿ Ha tomado alguna coloración especial ?

En las enfermedades como hepatitis, ictericia, se debe solicitar al Médico de cabecera cualquier información.

Antecedentes Renales.

- ¿ Orina usted con mucha frecuencia ?
- ¿ Que color tiene la orina, sale mezclada con sangre?
- ¿ Siente alguna molestia al orinar, como dolor o ardor ?

Trastornos renales.

La observación clínica de que la glomerulonefritis aguda aparece algunas veces después de infecciones orales o faringicas, pone de relieve la necesidad de eliminar la infección oral en pacientes con una infección renal, si es urgente la extracción oral se realizará solo después de administrar - antibiótico.

Antecedentes respiratorios.

- ¿ Tiene tos, produce vómito, es seca ?
- ¿ Tiene espectoración abundante ?
- ¿ Que color tiene ?
- ¿ Tiene dolor en el pecho, espalda, los costados, aumenta el dolor al respirar profundamente ?

Antecedentes infecciosos.

- ¿ Que enfermedad ha tenido ?
- ¿ Ha tenido paludismo y reumatismo ?

- ¿ Tiene dolor en las articulaciones ?
- ¿ Ha tenido tuberculosis ? , ¿ Cuando, fue tratada o está en tratamiento ?
- ¿ Ha tenido uno o varios chancros o manchas blancas en la mucosa de carrillos ?
- ¿ En otra parte del cuerpo, en que lugar ?
- ¿ Se le ha caído el pelo o mechones dejándole lunares sin pelo ? ¿le han salido manchas rojas en el cuerpo ?
- ¿ Ha tenido o tiene parásitos ?
- ¿ Está en tratamiento, o fue tratado para eliminarlos ?
- ¿ Tiene tos o catarro frecuentes ?
- ¿ Se enferma frecuentemente de las amígdalas ?
- ¿ Siente dolor en las articulaciones ?

Antecedentes Hemorragicos.

- ¿ Presenta espectoraciones con sangre ?
- ¿ Expulsa sangre por la nariz ? ¿ bajo qué circunstancias ?
- ¿ Tiene vómitos con sangre ?
- ¿ Al recibir un golpe o cortada el sangrado es abundante ?
- ¿ Elimina sangre por el recto con o sin heces fecales ?

Antecedentes alérgicos.

- Es alérgico a alguna droga, medicamento o algún alimento ?
- ¿ Le han administrado anestesia local ?
- ¿Tuvo alguna vez una reacción anormal ?

Antecedentes Médicos y Quirúrgicos.

- ¿ Ha estado sometido a tratamiento médico prolongado - alguna vez ? ¿ Cuando ? ¿ Por qué motivo ?
- ¿ Ha sido hospitalizado alguna vez, por qué motivo ?
- ¿ Está tomando algún medicamento en la actualidad?¿por qué?¿cuál?.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS.

De acuerdo con los datos obtenidos del interrogatorio y al de la exploración al paciente, debemos considerar que tipo de análisis clínico vamos a requerir como auxiliares para --- nuestro diagnóstico.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Mencionamos los más importantes como son: Biometría Hemática, Química Sangínea, Hemoglobina en Sangre, tiempo de -- coagulación, tiempo protrombina, tiempo de sangrado y exámen general de orina.

BIOMETRIA HEMATICA.

Por medio del cual se obtienen los valores del hemato-- crito o volumen globular, recuento de glóbulos rojos, recuento de glóbulos blancos y fórmula leucocitaria.

- a) Hematocrito o volumen globular.- Los valores norma-- les son de 40 a 54% en el hombre y de 37 a 47% en la mujer.
- b) Recuento de glóbulos rojos.- Los valores normales en el hombre son de 5,000.000 por mm. cúbico y en la mu
jer de 4,500.00 por mm. cúbico.

Cuando las cifras se encuentran por debajo de los valores normales, indican la presencia de anemia de cualquier tipo.

c) Recuento de glóbulos blancos.- Las cifras normales - en niños son de 8,000 a 10,000 por mm. cúbico y en - adulto son de 5,000 a 8,000 por mm. cúbico, cuando - las cifras encontradas son mayores de los valores -- normales, indican la presencia de una infección gene- ralmente purulenta y cuando disminuyen pueden adqui- rir ciertas enfermedades infecciosas como la tifoí- dea o bien enfermedades de médula ósea.

d) Fórmula Leucocitaria.- Nos va a mostrar el porcenta- je de linfocitos monocitos polimorfonucleares exis- tentes en el individuo.

Los linfocitos se encuentran en un porcentaje de 20 a 30% normalmente y aumentan en las infecciones crónicas.

Los monocitos se encuentran normalmente en un porcenta- je de 5 a 10%, aumentan en la tifoidea, paludismo y tuberculo- sis. Con respecto a los polimorfonucleares tenemos tres ti- pos:

BASOFILOS.- Se encuentran de 0 a 1%

EOSINOFILOS.- Se encuentran en un porcentaje de 2 a 4%

QUIMICA SANGUINEA.- Nos va a mostrar las cantidades de glucosa, urea y ácido úrico principalmente.

a) Glucosa.- Los valores normales son de 80 a 100 mg.- por cada 100 cc. aumenta en la diabetes.

b) Urea.- Los valores normales son de 20 a 40 mg. por cada 100 cc., aumenta en alguna alteración interna como por ejemplo la insuficiencia renal.

c) Acido Urico.- Los valores normales son de 3 a 5 mg. por cada 100 cc., aumenta en caso de gota entre otras enfermedades.

HEMOGLOBINA EN SANGRE.- Se expresa en gramos por 100 cc. y sus valores normales varían según la edad. Al nacer el valor normal es de 23 gr./cm³., al año de vida es de 12.6 gr./cm³., a los tres años, el valor normal es de 13.1 gr./cm³. y aumenta progresivamente hasta llegar a ser de 15.4 gr/cm³.

A los tres años, el valor normal es de 13.1 gr/cm³., a los 15.4 gr/cm³. después de esa edad, el valor de la hemoglobina en sangre se encuentra entre los 15 a 16 gr/cm³.

Tiempo de coagulación.- Tiempo normal venosa es de 8 a 12 minutos y el tiempo normal de coagulación capilar es de 4 a 8 minutos.

Tiempo de sangrado.- Tiempo normal es de 2 a 4 minutos y nos sirve para diagnosticar las diatesis hemorrágicas como en la hemofilia.

En tratamiento con anticuagulantes, se debe bajar esta cifra al 70% o menos para prevenir trombosis.

EXAMEN GENERAL DE ORINA.- Nos muestra la cifra de glucosa, urea, ácido úrico principalmente.

- a) Glucosa en orina.- En condiciones normales no se presenta, se encuentra presente en hiperglucemia y procesos tóxicos.
- b) Urea.- Sus valores normales son de 1.2 a 2.5 gr/cm³. y disminuye en insuficiencia hepática, nefritis aguda y aumenta en la diabetes, gota y tuberculosis.
- c) Acido Urico.- Aumenta en la cirrosis atrófica y leucemia, y disminuye en la insuficiencia renal, sus valores normales van de los 25 a 75 mg/cm³.

Una vez completados los elementos que nos van a ayudar a determinar un diagnóstico, procedemos al análisis de los datos que se obtuvieron en el interrogatorio y exploración, así como los resultados de los análisis de laboratorio.

Se debe contar con la mayor cantidad de datos, con el fin de que nuestro diagnóstico se correcto, así podemos saber y determinar si al paciente puede extraersele el tercer molar retenido dentro del consultorio con debido manejo pre y post-operatorio.

CAPITULO II

ESTADISTICA Y PATOGENIA.

Estadística de Berten-Cieszynski; de dientes retenidos.

Tercer molar inferior.....	35%
Canino superior.....	34%
Tercer molar superior.....	9%
Segundo premolar inferior.....	5%
Canino inferior.....	4%
Incisivo central superior.....	4%
Segundo premolar superior.....	3%
Primer premolar inferior.....	2%
Incisivo lateral superior.....	1.5%
Incisivo lateral inferior.....	0,8%
Primer premolar superior.....	0,8%
Primer molar inferior.....	0,5%
Segundo molar inferior.....	0,5%
Primer molar inferior.....	0,4%
Incisivo central inferior.....	0,4%
Segundo molar superior.....	0,1%

PATOGENIA.

Se considera la retención dentaria un problema mecánico, esta retención se ocasiona cuando el diente encuentra en su camino un obstáculo que impide su erupción.

ETIOLOGIA DE LOS DIENTES DETENIDOS.-Se divide en:

1.- Razones embriológicas.

Se refiere a la ubicación anormal del gérmen dentario - lo que ocasiona que tome contacto con el diente vecino provocando la fijación del diente sin poder tomar su eje normalmente.

Rodasch.- Dice que las inclusiones son exclusivamente - de carácter embriológico, que las inclusiones se producen - por trastornos de las relaciones que existen entre el fo- - lículo dentario y la cresta alveolar durante la fase de su- evolución. Lo cual es ocasionado como consecuencia de alte- raciones en la formación del tejido óseo y que hace despla- zar al folículo dentario.

2.- Obstáculo mecánico.

- a) Falta material de espacio.- Se refiere a que no exis te o está disminuido las dimensiones que ocupará de- terminado diente, causando su desviación, hacia una- posición anormal.
- b) Hueso con una condensación tal que no puede ser ven- cido en el trabajo de erupción (enostosis, osteítis- condensante osteoesclerosis).
- c) El impedimento que se opone a la normal erupción pue de ser: un órgano dentario, dientes vecinos, que por extracción prematura del temporal han acercado sus -

coronas, posición viciosa de un diente retenido.

- d) Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria, dientes supernumerarios, tumores odontogénicos.

CAUSAS GENERALES.

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes y las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, tienen también influencia sobre la retención dentaria.

Tarasido.- Dice que la causa más frecuente de la inclusión del canino es ocasionada por un desequilibrio de la tensión entre la musculatura interna y externa de las arcadas dentarias, que pueden ser ocasionadas por hábitos, contracciones espasmódicas y otras modalidades gesticulatorias.

ACCIDENTES OCASIONADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS.

Se clasifican de la siguiente manera:

- 1.- Accidentes mecánicos cuando un diente retenido actúa sobre los dientes vecinos, trastornando su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

- a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.

Se refiere a las alteraciones en el cemento (rezal-
sis) en la dentina y aún en la pulpa ocasionada por la pre-
sión que ejerce el diente retenido en el saco dentario.

c) Trastornos protéticos.- Son los trastornos que
ocasiona un diente retenido en pacientes porta-
dores de prótesis. Los trastornos son debido a
que el diente en su trabajo de erupción cambia
la arquitectura del maxilar, ocasionando
molestias.

2.- Accidentes infecciosos.- Esta dado en los dientes
retenidos por la infección de su saco pericorona-
rio

La cual es originada por distintos mecanismos y dis-
tintas vías.

- a) Al hacer erupción el diente retenido su saco -
se abre espontaneamente al ponerse en contacto
con el medio bucal.
- b) El proceso infeccioso puede producirse como --
complicación apical o periodontica de un dien-
te vecino.
- c) La infección del saco puede originarse por la-
vía hemática.

La infección del saco folícular se traduce por procesos de distinta índole, inflamación local con dolores y aumento de temperatura local, absceso y fístula, consiguiente osteítis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

Dentro de este título incluimos los procesos que se han originado como consecuencia de la caries (resorción ideopática y producidos por extracciones y perforaciones).

3.- Accidentes Nerviosos.- Son bastantes frecuentes debido a que el diente retenido ejerce presión sobre los dientes vecinos, nervios y sobre troncos mayores originando algias de intensidad, tipo, y duración variables (neuralgias del trigémino).

4.- Accidentes tumorales.- Estos tumores son los quistes dentígeros que pueden infectarse, provocando procesos supurativos de intensidad variable complicándose con procesos como osteoítis, osteomielitis, en otras circunstancias sin llegar a la condición de quiste dentígero.

El saco pericoronario, puede seguir igual vía, la infección y sus consecuencias son las mismas.

Los restos del saco dentario ubicados en el lado mesial o distal del tercer molar pueden no desaparecer del todo, originando un granuloma posterior o anterior a un quiste marginal del tercer molar.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Los terceros molares retenidos se clasifican de acuerdo a la posición que presentan, a continuación mencionaremos las más usuales y son las de: Winter; Peel, Gregory y la de Archer.

1.- Clasificación de los terceros molares inferiores retenidos.

a) Según Winter.- Clasifica los terceros molares inferiores retenidos, tomando en cuenta su posición.

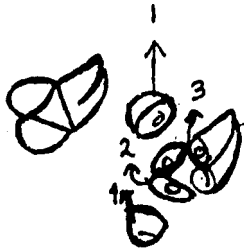
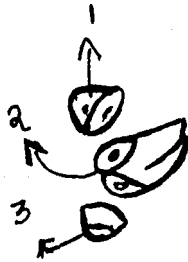
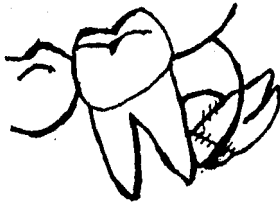
La clasificación es la siguiente:

Posición vertical.

Es cuando el eje longitudinal del diente incluido es paralelo al eje mayor del segundo molar o bien encontrándose desplazada hacia lingual, la cara mesial puede estar también en contacto o no con la corona o raíz del segundo molar.

Posición horizontal.

Es cuando el eje mayor del diente incluido es perpendicular al eje mayor del segundo molar y su cara oclusal generalmente mira hacia abajo y la cara distal del segundo molar casi siempre tiene un punto de contacto con la corona o raíz del tercer molar.



Extracción por odontosección (posición horizontal)

Posición mesio-angular.

Es cuando el eje longitudinal del tercer molar incluído, forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo variable, en esta posición es característico que las cúspides estén más abajo que las distales.

Posición buco-angular.

Cuando el eje longitudinal del diente retenido se encuentra perpendicular al plano en que están orientados el segundo y primer molar y la corona está dirigida hacia el bucal.

Posición disto-angular.

Cuando el eje longitudinal del diente retenido se encuentra dirigido de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante y por lo tanto la corona del diente-incluído está dirigida hacia el borde anterior de la rama ascendente del máxilar inferior.

Posición linguo-angular.

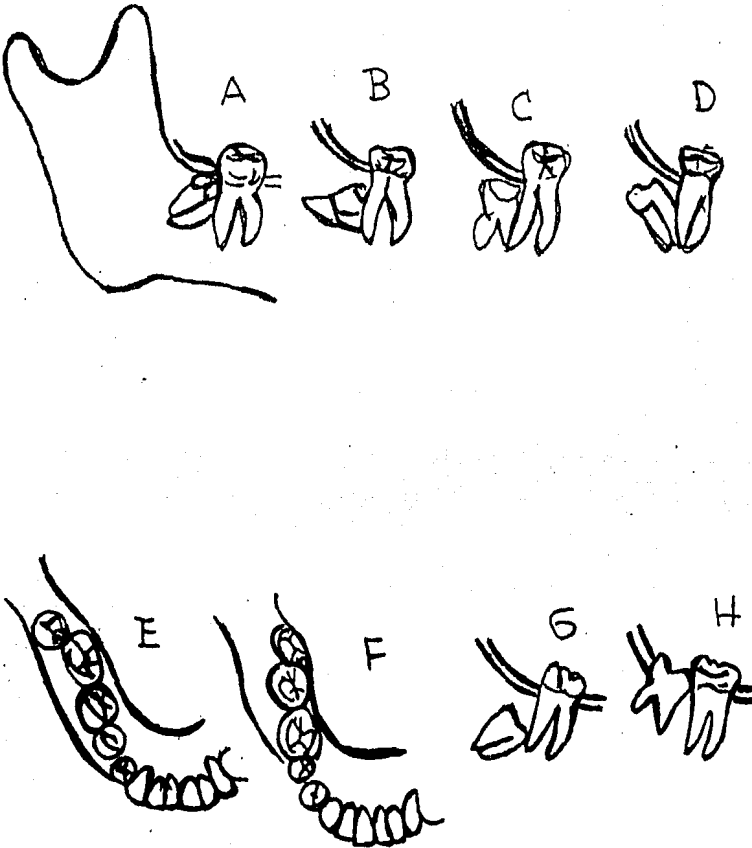
Es la misma posición que la buco angular, solamente que invertida y cuya corona está dirigida hacia el hueso basal y las raíces hacia el proceso alveolar.

POSICION PARANORMAL. (invertida,)

La cara oclusal está dirigida hacia la zona basal del maxilar y sus raices, hacia la apófisis coronoides o hacia el cóndilo.

Se encuentra acompañado de procesos patológicos (quistes dentigeros). Todos tienen su cara mesial inaccesible.

CLASIFICACION DE DIENTES IMPACTADOS EN EL MAXILAR INFERIOR.



- | | | |
|------------------|----------------|-------------------|
| A, Mesioangular | B, Horizontal. | C, Vertical. |
| D, Distoangular. | E Bucoverción. | F, linguoverción. |
| G, Nivel bajo | H, Nivel alto. | |

Clasificación de Pell y Gregory.

Está dada con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar.

En relación con la anterior se clasifican de la siguiente manera:

- a) Clasificación del tercer molar inferior con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar.

Clase I.- Cuando hay suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y a la cara distal del segundo molar.

Clase II.- Cuando el espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III.- Es cuando el tercer molar está localizado en la rama ascendente de la mandíbula en su totalidad o casi todo.

- b) Clasificación con respecto a la profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Clasificación de Pell y Gregory.

Está dada con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar.

En relación con la anterior se clasifican de la siguiente manera:

- a) Clasificación del tercer molar inferior con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar.

Clase I.- Cuando hay suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y a la cara distal del segundo molar.

Clase II.- Cuando el espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III.- Es cuando el tercer molar está localizado en la rama ascendente de la mandíbula en su totalidad o casi todo.

- b) Clasificación con respecto a la profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Posición A.

Cuando la cara oclusal del tercer molar en el hueso, - está por encima del plano oclusal del segundo molar pero por encima de la línea cervical.

Posición B.

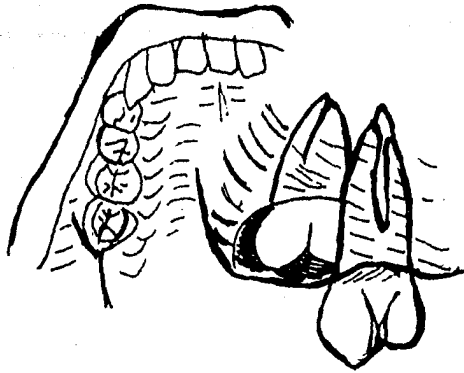
Cuando la cara oclusal del tercer molar está por debajo del plano oclusal del segundo molar, pero por encima de - la línea cervical.

Posición C.

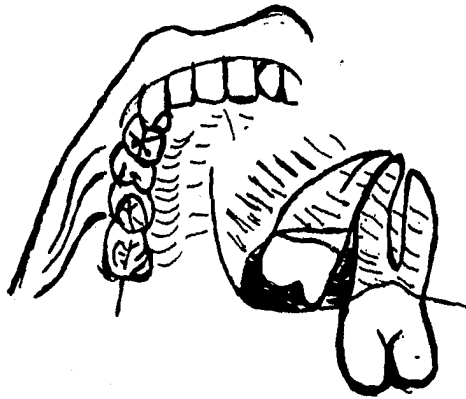
Es aquella en la cual la cara oclusal del tercer molar está por debajo de la línea cervical del segundo molar.

- c) Clasificación con respecto a la posición del eje -- longitudinal del segundo molar.
- 1.- Vertical
 - 2.- Horizontal
 - 3.- Mesioangular
 - 4.- Distoangular
 - 5.- Vestibuloangular
 - 6.- Linguoangular
 - 7.- Invertida.

Se puede presentar simultáneamente en desviación vestibular, desviación lingual o bien en torción.



POSICION VERTICAL



POSICION DISTOANGULAR



POSICION MESIOANGULAR.

CLASIFICACION DE ARCHER.

Se refiere a los terceros molares superiores retenidos,

a) Clasificación con respecto a la profundidad de los terceros molares en el hueso.

Clase A.-Cuando la cara oclusal del tercer molar retenido está a nivel del plano oclusal del segundo molar superior.

Puede estar: Mesioangular, distoangular u horizontal, sin aproximación al seno. También puede estar desviado a lingual o vestibular.

Clase B.-Cuando la cara oclusal del tercer molar superior retenido, está entre el plano oclusal del segundo molar superior y la línea cervical.

Puede estar: Mesioangular, horizontal sin aproximación al seno, vertical con aproximación al seno. También puede estar desviada a lingual o vestibular.

Clase C.-Cuando la cara oclusal de la corona del tercer molar superior retenido está en la línea cervical del segundo molar superior o sobre ella.

Puede estar desviado: Mesioangularmente, vertical y horizontal con aproximación a seno.

Clasificación de los caninos superiores.

La retención dentaria de los caninos superiores se presenta en dos formas:

a) Retención intraósea.

Es cuando el diente está completamente rodeado de tejido óseo.

b) Retención subligual.

Es cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival.

Clasificación de acuerdo a la dirección de su eje mayor.

a) Posición vertical.

b) Posición horizontal.

c) Posición angular.

De acuerdo a su situación se clasifican en:

a) Inclusión unilateral.

Diente en la arcada, corona situada palatinamente junto al borde gingival.

b) Inclusión unilateral.

Diente en la arcada, corona situada palatinamente y a distancia del borde gingival.

c) Inclusión unilateral.

Boca desdentada, los dientes inaccesibles a la palpación digital.

d) Onclusión unilateral.

Boca desdentada, posición palatina de la corona accesible a la palpación digital.

e) Inclusión bilateral.

Diente en la arcada.

f) Inclusión bilateral.

Boca desdentada, de acuerdo a la situación en el maxilar se clasifican en:

Clase I.

Caninos retenidos localizados en el paladar.

a) Horizontal

b) Vertical

c) Semi-vertical

Clase II.

Caninos retenidos localizados en la superficie vestibular del maxilar.

a) Horizontal

b) Vertical

c) Semi-vertical

Clase III.

Caninos retenidos localizados en la superficie en el hueso palatino y vestibular.

Clase IV.

Caninos retenidos en el proceso alveolar entre incisivo y primer premolar en posición vertical.

Clase V.

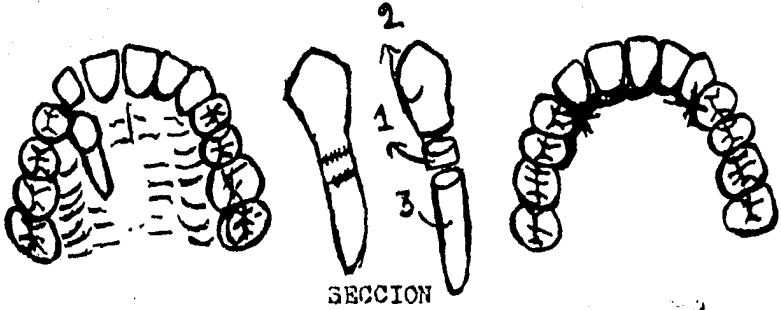
Caninos retenidos localizados en un maxilar desdentado. Los caninos retenidos superiores se encuentran más frecuentes en las siguientes posiciones:

- 1.- Con la corona del diente retenido sobre la zona palatina y el cuerpo de la raíz sobre la superficie bucal del maxilar superior.
- 2.- Con la corona del diente retenido sobre la cara bucal y la raíz extendiéndose hacia palatino de las raíces del premolar.
- 3.- Con la corona hacia palatino del incisivo lateral y la raíz extendiéndose hacia atrás paralela a las raíces de los premolares, extendiéndose hacia la superficie bucal.
- 4.- Con todo el diente colocado sobre la superficie bucal y en bocas desdentadas.
- 5.- Retención bilateral sobre paladar o bucal.
- 6.- Retención unilateral sobre paladar o bucal.

La retención por palatino es tres veces más frecuente que por bucal.

La gran mayoría de retención se presenta en mujeres a causa de que los huesos del cráneo y los maxilares son más pequeños que en el hombre.

De acuerdo a las estadísticas presentadas, se puede observar que el canino superior es uno de los dientes con mayor índice de retención, así como el tercer molar lo tiene en la mandíbula.



POSICION PALATINA

SUTUNA.



POSICION LABIAL.

CAPITULO IV.

INDICACIONES DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Las indicaciones para la extracción de los terceros molares retenidos y no erupcionados son:

1).- PIPOPLACIA.- Semi incluidas de maxilar y mandíbula - y desproporción entre las dimensiones de éstos y la de los dientes, este fenómeno filogénico es causa -- del mal oclusión en general, pero primordialmente es la razón por la cual al brotar el último diente y de carecer de espacio para ello no puede adaptar su posición normal en el proceso. Broad Bent (1934), ha - demostrado por medio de radiografías cefalométricas - que el incompleto desarrollo de la estructura ósea, - acompañada de la imposibilidad de proporcionar espacio suficiente para la erupción de los terceros mola- res. Si existen ciertas pruebas de que los terceros- molares no pueden acomodarse deberá pensarse en lle- var a cabo la extracción profiláctica.

Henry (1938), para evitar muchas complicaciones pos- teriores que acompañan a su erupción incompleta, La- extracción de los terceros molares está indicada en- los casos donde se requiera un tratamiento ortodon-- tico por mala oclusión asociada con apiñamiento de

los dientes.

Con frecuencia se olvida la importancia que tienen los terceros molares, los cuales pueden llegar a ser un problema después de un tratamiento ortodóntico y el efecto de su desarrollo sobre el resto de la dentadura no se toma en consideración hasta que el problema repercute sobre el paciente y éste advierte el desalineamiento de los dientes anteriores. Cuando las raíces han alcanzado de dos a tres cuartos, de su desarrollo debe llevarse a cabo la extracción.

2).- OSTACULO A LA ERUPCION NORMAL DEL SEGUNDO MOLAR.

Esta importante anomalía de desarrollo de la dentición, debe corregirse por la extracción precoz del tercer molar. Por lo general la causa de este fenómeno, es la formación precoz del tercer molar cuando la mandíbula no se ha desarrollado lo suficiente para alojarlo de esta manera presiona sobre el segundo molar y lo inclina, en estos casos deberá extraerse el tercer molar y ayudar al segundo a adaptarse a su posición adecuada por métodos ortodónticos. Desgraciadamente estos casos no llegan a un ortodoncista ni con el Cirujano Dentista hasta-

que el paciente o el Cirujano noten que el segundo molar no ha erupcionado normalmente.

3).- INCLINACION POSTERIOR DE LOS SEGUNDOS MOLARES.

La presión del tercer molar en desarrollo sobre la superficie distal del segundo molar puede causar la inclinación de este último e impedir así la oclusión normal, que las cúspides distales no se ponen en contacto con las superficies correspondientes de los molares superiores.

La inclinación del diente comprueba también radiográficamente por el contacto de las raíces del primero y el segundo molar.

4).- ERUPCION PARCIAL Y CRIPTODONTICA.

La erupción incompleta es otra de la indicación de la extracción profiláctica de los terceros molares, especialmente si existe un óperculo sobre la corona, si hay signos de traumatismo masticatorio en la encía que los cubre e hipertrofia. De esta manera, no existe la posibilidad de que prosiga la erupción de estos molares, ya que son posteriormente peligrosos, puesto que como ha indicado Roob (1941) es raro que transcurra la vida del paciente sin --

que presente complicaciones que exijan la intervención quirúrgica, deberá tenerse muy en cuenta que la extracción es más grave y difícil en sujetos mayores de 40 años, por lo consiguiente es aconsejable la extracción dentaria.

5).- SINTOMAS NEUROLOGICOS.

La compresión del nervio dentario inferior por un tercer molar retenido, origina en ocasiones síntomas neurológicos, entre ellos dolor que en ocasiones es referido a zonas inervadas por --- cualquier otra rama del quinto par craneal o de los nervios que anastomosan con él.

En individuos menores de 30 años, es en quienes con frecuencia se producen síntomas neurológicos porque la presión es más probable que se -- ejerza durante la etapa del desarrollo del molar. Cuando las raíces crecen sin erupción compensadora del diente retenido, la causa de irritaciones puede ser también un molar que en lugar de hacer erupción a través del hueso que lo cubre llegó a detenerse en una pieza continua, -- la fuerza de las tentativas periódicas de erupción por dientes en mala posición, originan los

sintomas intermitentes después en la superficie distal del segundo molar pueden efectuarse procesos de resorción que son causa de pulpitis.

Otro de los síntomas es el dolor que puede ser ligero en la región inmediata al diente retenido. Puede ser grave y aún agudísimo incluyendo todos los dientes superiores e inferiores en el lado afectado, el oído y la zona post-auricular.

Cualquier parte de la zona atravesada por el quinto par craneal, o aún toda la zona completa. Este incluye el dolor temporario, el dolor puede ser intermitente constante o periódico, también puede ser una neuralgia intermitente trifacial que simule el tic doloroso, este tipo se distingue en que el dolor es agudísimo, lucinante y súbito como resultado del contacto con una zona esencial sobre la cara o labios, esto lo diferencia de otras neuralgias trifaciales.

6).- FORMACION 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 radiografía como un pequeño quiste de erupción in-

mediatamente por abajo de la encía. La membrana de quiste está adherida al cuello, en algunos casos los quistes alcanzan grandes dimensiones y pueden ser dentígenos (encerrando la corona), o también parodonticos (desarrollados en el lado distal del diente). Los quistes de erupción son frecuentemente inadvertidos hasta que llegan a adquirir tales dimensiones que por presión desvían a los dientes a considerables distancias.

7).- INFECCION PERICORONAL.

Uno de los procesos que con mayor frecuencia causan los terceros molares retenidos, es la infección de los tejidos parodontales, (pericoronitis infecciosa), la que sucede cuando la encía ha sido perforada y permite la penetración de microorganismos; a menudo sobre la superficie de oclusión del diente existe un opérculo el cual cuando está por la inflamación, traumatiza el diente opuesto. Se dice que en las infecciones piógenas puede formar un absceso pericoronaral y es frecuente que vaya acompañada de trismo, disfagia, celulitis, linfadenitis absceso sub-maxilar. Por lo que en todos estos procesos la extracción es objeto principal del tratamiento.

La infección pericoronar invade en algunos casos el tejido óseo mesial o distal al diente, y también puede extenderse al diente contiguo, es preciso posponer la extracción hasta que haya remitido la etapa aguda de la enfermedad. Solo en caso de urgencia se procederá a intervenir siempre y cuando sea ayudado con un tratamiento de quimioterapia adecuada como el origen de estas complicaciones solo los dientes de erupción parcial y sólo ligeramente angulados, en la mayor parte de los casos no suele ser necesaria tanta maniobra quirúrgica como los retenidos completamente, sin embargo hay que esperar a que ceda el proceso agudo para evitarse consecuencias serias.

8).- CARIES E INFECCION PERIAPICAL.

Las caries pueden producirse en dientes parcialmente erupcionados e invadir gradualmente la pulpa, posteriormente infecciosa periapical.

Esta infección puede progresar hacia el hueso -- por abajo de la línea de inserción del milohioideo y provocar un proceso submaxilar. Los terceros molares estando en una posición normal pero cariados deberán obturarse o extraerse antes que lleguen a infectarse.

CONTRAINDICACIONES DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Se clasifica en relación con el diente y los tejidos - que le rodean, o con el estado del paciente.

- a) Afecciones que dependen del estado del diente y los tejidos que lo rodean.

Se refiere a la presencia de la estomatitis o gingivitis úlcero-membranosa, la cual crea un mal terreno para la intervención por el estado particular del tejido gingival, la virulencia microbiana se exagera en tales condiciones lo -- cual ocasiona necrosis y propagaciones infecciosas, cuando se interviene en tales condiciones, será conveniente tratar la gingivitis antes de la cirugía, si la urgencia de la operación no lo exige.

Lesiones tuberculosas o sifilíticas (como chancro, placas mucosas), contraindican toda operación de la cavidad bucal, por el peligro que significa incisiones sobre tales lesiones y el contagio que presenta para el operador.

- b) Afecciones en dependencia con el estado general del paciente.

1.- Estado Fisiológico.- Menstruación en caso de -- que el paciente presente problemas particulares.

Embarazo, cuando la paciente presente problemas particulares, debemos consultar con su ginecólogo.

- 2.- Estado Patológico.- Afecciones de algún aparato o sistema: enfermedades cardiovasculares graves o antecedentes de infarto grave o reciente del miocardio, no deben ser sometidos a las tensiones de una intervención quirúrgica si ésta puede evitarse.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL CANINO SUPERIOR.

Se dice que las posibilidades de complicaciones y dificultades del acto quirúrgico aumentan en grado considerable con la edad del paciente.

La ocasión ideal para realizar la extracción de los caninos incluidos, es cuando se han formado las dos terceras partes de las raíces, aliminandose así el riesgo de la curvatura anómala de los apices y las exostosis de las raíces.

INDICACIONES:

Las indicaciones para la extracción de los caninos retenidos es la siguiente:

a) Caries e infección periapical.

Hay teorías que indican que en piezas totalmente intraóseas se han llegado a encontrar focos de caries.

Esto indica que existen vías especiales por donde penetran los microorganismos cariogénicos. La teoría endócrina de la caries apoya este fenómeno.

Por lo tanto en dientes retenidos en los cuales haya caries, tendrán con el tiempo problemas pulpares y periapicales que hagan necesaria la extracción.

b) Hipoplasia de los maxilares y desproporción entre las dimensiones de éstos y la de los dientes; este problema es la causa de la mal oclusión 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.

Se ha demostrado por radiografías cefalométricas que el incompleto desarrollo de la estructura ósea va acompañada de la imposibilidad de proporcionar espacio suficiente para la erupción de los caninos.

c) Formación de quistes.

Por lo general, el folículo dental en los dientes retenidos forman un quiste, que suele estar alrededor de la corona, en algunos casos - los quistes alcanzan grandes dimensiones y pueden ser dentígenos, o paradónticos; los quistes de erupción pasan frecuentemente inadvertidos hasta que llegan a adquirir tales dimensiones que por presión desvían los dientes a considerables distancias.

d) Síntomas neurológicos.

La compresión del nervio dental superior por un canino retenido, origina a veces ciertos síntomas neurológicos, entre ellos dolor que en ocasiones es referido a zonas inervadas por cualquier otra de las ramas del quinto par craneal o de los nervios que se anastomosan.

En individuos menores de 30 años, es en quienes con mayor frecuencia se producen síntomas neurológicos por esta causa, puesto que la presión es más probable que se ejerza durante la época del desarrollo del canino, cuando la raíz crece sin erupción compensadora del canino retenido.

CONTRAINDICACIONES LOCALES.

a) Infección de Vicent.

Bajo el colgajo gingival que cubre un canino es muy frecuente que exista un foco de esta infección que periódicamente ocasiona brotes de gingivitis ulcerosa hasta que se proceda a la odontectomía, sin embargo se deberá tener precaución de no extraer ningún diente durante la fase aguda de la infección de Vicent. Pues podría producirse graves complicaciones cuando se sos-

peche la infección furospirilar, el diagnóstico deberá confirmarse bacteriológicamente y aplazarse la edontectomía hasta que haya sido eliminada la infección.

b) Fracturas.

Las fracturas especialmente en el maxilar superior, 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 en la pubertad.

c) Infección pericoronaria.

Uno de los problemas que causan con mayor frecuencia los caninos retenidos, es la infección de los tejidos peridentales, lo que sucede -- cuando la encía ha sido perforada y permite -- la invasión, la invasión de los microorganismos. En las infecciones piógenas se puede formar un absceso coronal, que en el maxilar superior es frecuente que valla acompañado de

trismo, disfagia, celulitis y linfadenitis o absceso axilar o parafaríngeo.

En todos estos procesos la extirpación del diente es el objeto principal del tratamiento; pero a veces es preciso posponer la etapa del tratamiento quirúrgico hasta que pase la fase aguda de la enfermedad.

d) Norma o Cancrum Oris.

es una gangrena fulminante, muchas veces mortal, de uniones cutáneas mucosas como labios, nariz, conducto auditivo externo genitales. Suelen iniciarse en la superficie mucosa y es mucho más frecuente a nivel de la cavidad bucal.

El cancrum oris es muy raro, suele presentarse en niños y adultos mal alimentados o en ancianos, en general existen a nivel de la lesión causas predisponentes locales como fragmentos de raíces o coronas muy ajustadas. Cualquier fenómeno gangrenoso de rápida evolución, nos puede hacer pensar en cancrum oris y debemos hacer el diagnóstico diferencial; es importante distinguir el can-

crum oris de un tumor maligno o de lesiones ulceronecroticas esfaceladas secundarias a leucemia, diabetes no controladas o neutropenia maligna.

El tratamiento para controlar esta enfermedad a base de grandes cantidades de penicilina. También es importante mejorar la alimentación para elevar la resistencia general del paciente.

e) Trismus.

El trismus como reacción antálgica o por inflamación de los músculos masticadores, está siempre presente sobre todo en los procesos provenientes de los caninos.

En muchas ocasiones el trismus está tan cerrado que será necesario abrir la boca por métodos instrumentales o por la anestecia general.

f) Osteomelitis.

Se conoce con el nombre de osteomelitis a la infección de la médula ósea, el proceso se extiende a lo largo de los espacios medulares y producen necrosis y destrucción de grandes cantidades de hueso. En la etapa aguda hay dolor intenso y hipertemia e induración de los tejidos adyacentes.

La osteomielítis no es tan frecuente como en la era preantibiótica, pero aún así hay casos muy serios originados por germenés resistentes a los antibióticos.

El tratamiento se basa en procedimientos de incisión y drenaje y en el cultivo y antibiograma -- del material extraído.

Durante la fase crónica puede acelerarse la curación extirpando el hueso necrótico y los tejidos blandos adyacentes.

2.- GENERALES.

Cuando se sospecha una enfermedad general importante no debe iniciarse ningún tratamiento dental hasta que el trastorno haya sido eliminado por el médico y deberá consultarse -- a éste acerca del estado actual y del efecto de la enfermedad sobre el tratamiento dental.

a) Avitaminosis.

Cuando el paciente padece deficiencia vitamínica se retrasa el proceso de cicatrización y es posible que fracase el tratamiento, ya que el proceso de reparación del tejido óseo y del blando es -- muy deficiente, además la avitaminosis disminuye la resistencia orgánica contra la infección -- de manera que es probable que se presente la - --

infección secundaria y a menudo ocasionan diversas enfermedades de la boca que se resisten a los tratamientos usuales.

La vitamina C, es de mucha importancia para la cicatrización, así como la vitamina K, la falta de éstas, origina propensión a la hemorragia.

Se pensará que el paciente padece deficiencia de vitamina K, cuando sea muy defectuosa su alimentación y particularmente cuando padesca enfermedad del hígado o más biliares.

Se reconoce la deficiencia de vitamina K, haciendo la determinación de la concentración relativa de protombina en la sangre, puede presentarse una hemorragia cuando la concentración sea menor de 70% pero en general no hay ningún síntoma hasta que se reduzca a menos del 50%.

Se aconseja prescribir vitamina K, a todos los pacientes antes de una operación para reducir la hemorragia, inmediata y secundaria. La administración puede ser por la vía intravenosa o por ingestión; por regla general para tratar avitaminosis se deben administrar preparados polivitamínicos, cuando se administran antibióti-

cos por largo tiempo, es importante la vitaminoterapia, pues el antibiótico puede ocasionar alguna avitaminosis.

b) Infección de las vías respiratorias.

Las infecciones de la nariz y la faringe pueden ocasionar las complicaciones pulmonares - después de la anestesia, en las personas que padecen faringitis, bronquitis o cualquier -- clase de infección de las vías respiratorias - no se debe ejecutar ninguna intervención quirúrgica que requiere anestesia por inalación - a causa del peligro de las complicaciones, co mo la pulmonia y los abscesos pulmonares secundarios.

c) Enfermedades cardiovasculares.

Las cardiopatías más frecuentes que ocasionan problemas que pueden llegar a la muerte durante una operación según Butler Fee Ney y Levine son las siguientes:

Enfermedades valvulares, miocarditis crónica, fibri-lación auricular, angina de pecho, trom**bo**sis coronaria, insuficiencia cardiaca con--gestiva, taquicardia, cuando hay - nefritis el riesgo es mayor.

Es importante tener control de la presión arterial y consultar con el cardiólogo acerca de la posible administración de hipotensores o vaso dilatadores como la nitroglicerina.

También se consultará acerca de la administración de barbitúricos, como el fenobarbital -- que sirve para reducir el temor.

d) Angina de pecho.

La luz de las arterias coronarias se encuentran reducidas provocando dolor torácico persistentes y apesivo, a menudo este dolor --- irradia al cuello y al brazo izquierdo, aparece dolor con el esfuerzo y las emociones, esta molestia puede aumentar en forma de dolores más intensos y frecuentes, la afección puede terminar con un infarto al miocardio.

En pacientes con esta afección tendrán un tratamiento a base de vaso dilatadores como la nitroglicerina por vía sublingual.

Se le aconseja que tenga reposo en cama y se le evitarán las emociones fuertes.

e) Infarto al miocardio.

Es cuando se interrumpe subitamente la irrigación sanguínea de una porción del miocardio dando lugar a la 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 cardiaco.

Si se presenta un caso de infarto en el consultorio dental, lo primero que deberá hacerse es administrar oxígeno al paciente, si se presenta el paro cardiaco, debe hacerse masaje en el tórax, y respiración de boca a boca; en estos pacientes no se realizará ningún tratamiento dental electivo hasta transcurridos por lo menos 6 meses después del infarto.

Pacientes que han sufrido de infartos, es aconsejable la premedicación con barbitúricos, no deben usarse los anestésicos locales que contengan adrenalina en concentración al 1%.

Si el tratamiento dental se trata de una inter vención quirúrgica, debe de tenerse presente - que es muy posible que el paciente esté tomando anticuagulantes; tal vez haya que modificar la dosificación, lo cual corre a cargo del médico.

f) Insuficiencia cardiaca congestiva.

Esta insuficiencia se alcanza cuando la produc ción del corazón no está de acuerdo con las de mandas que de él exigen la circulación general o pulmonar.

Estos pacientes normalmente se encuentran bajo la administración de preparados digitalicos -- (sirven para regular el gastro cardiaco), y -- una dieta en sodio. También se emplean diuréti cos cuando el fallo cardiaco produce una excesiva retención de líquidos.

El traumatismo quirúrgico que supone una inter vención oral en un paciente descompensado, puede ser motivo de la presentación de un edema - agudo del pulmón con graves consecuencias, por lo tanto, no deberán practicarse tratamientos dentales de ninguna especie hasta que el médico lo autorice.

g) Hipertensión.

En los pacientes no tratados o cuyo tratamiento no resulte efectivo existe el peligro de - que un estímulo lo suficientemente fuerte puede aumentar la ya elevada presión sistólica - sanguínea y producir una hemorragia cerebral.

Esta posibilidad puede evitarse siempre que - se indique una premeditación antes de cualquier intervención quirúrgica y dental.

También se deberá tener un cuidado especial - en las inyecciones intravasculares y de soluciones anestésicas que contengan adrenalina.

h) Fiebre reumática.

Todavía no está aclarada por completo la etiología de la fiebre reumática, pero al parecer esta relacionada con una hipersensibilización indirecta surgida tras una infección por estreptococos.

Generalmente hay antecedentes de infección estreptococcica de las vías respiratorias superiores, que preceden 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. 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 no sea inmune, también se observan invariablemente síntomas como anorexia, pérdida de peso, depresión y fatiga, puede producirse una inflamación del miocardio, pericardio o endocardio.

El dentista tiene que identificar a los pacientes que han padecido fiebre reumática con el fin de protegerlos con los antibióticos de la bacteremia que se produce a consecuencia de algunas intervenciones quirúrgicas, con el raspado gingival; las extracciones, las operaciones de endodoncia, las intervenciones quirúrgicas en los tejidos blandos y el sondeo parodontal.

i) Ictericia.

La característica principal de esta enfermedad es el color amarillo de la piel y de las escleróticas, en las personas con esta enfermedad no es aconsejable someterlas a tratamientos quirúrgicos, ya que existe deficiencia de los factores formadores de protombina, así como del cal-

cio utilizable, fibrinógeno, glucosa y agua, -

La deficiencia de protombina, se debe a la absorción defectuosa de vitamina K.

Cuando el tratamiento quirúrgico se haga inevitable, se administrarán 4 mg. de vitamina K, - tres veces al día, transfusión de 250 cc. de - sangre y 0.5 cc. de vitamina sintética hidrosoluble por vía endovenosa e intramuscular dos - veces al día para normalizar al tiempo de protombina.

j) Diabetes Mellitus.

Es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por deficiencia en el metabolismo de -- las proteínas y grasas.

Clinicamente se observan hiperglucemia, glucosuria y en el paciente típico los síntomas más importantes son pérdida de peso, poliuria, polidipsia y polifagia.

La etiología, específica de esta enfermedad es desconocida, sin embargo se cree que es debido a una afección en los islotes de langerhans y por lo tanto, una deficiente producción de insulina. La herencia así como la obesidad tiene

una gran importancia en el desarrollo de esta enfermedad.

El paciente diabético presenta gran tendencia al desarrollo de infecciones aún tratándose de heridas leves y de operaciones patológicas en las arteriolas, capilares, vénulas y arteriolas de menor tamaño. Tales alteraciones pueden conducir a una enfermedad coronaria, al infarto del miocardio, a la insuficiencia renal, a la hipertensión, a la gangrena de las extremidades.

Un diabético no compensado con una infección oral aguda plantea un difícil problema de tratamiento. Es importante que el dentista lo remita al médico para que controle su diabetes; también se ha de tratar la infección oral si se desea obtener una compensación del estado diabético. La infección se tratará con antibióticos, principalmente con penicilina.

k) Nefropatías.

Las enfermedades del riñón requieren una elección cuidadosa de los agentes anestésicos y de

otros medicamentos. El eter y el cloroformo, deprimen la función renal. En estos pacientes, no se deben administrar barbitúricos de acción prolongada, particularmente cuando es alto el nitrógeno no proteínico.

l) Hipertiroidismo.

Es una anomalía de la hipófisis anterior más que un trastorno intrínseco de tiroides, pero la causa de la secreción excesiva de hormona tirotrópica se desconoce.

Para la atención dental de un paciente con hipertiroidismo, será necesaria la administración de sedantes para poder controlar su nerviosismo. -- Estos pacientes son hipersensibles a la acción de la adrenalina, que ha de ser usada con cautela y moderación; la presión arterial deberá controlarse antes de cualquier intervención.

m) Hemofilia.

Los pacientes con hemofilia, carecen de los mecanismos de coagulación, generalmente el ciclo de vida de estas personas, es corta.

Las hemorragias internas son frecuentes, con cualquier traumatismo por leve que sea. Esta

enfermedad es de tipo hereditario, es trasmitti
da por la hembra al barón.

Cuando la hemorragia es externa es muy difícil de contener y generalmente se hacen necesarias las transfusiones sanguíneas, En estos pacien--
tes está contraindicado cualquier tratamiento-
quirúrgico.

n) Anemia.

Se define la anemia como la disminución de la -
capacidad de transportar oxígeno, por parte de
la sangre, ésto debido a la disminución del --
número de glóbulos rojos circulantes.

En los pacientes con anemia, deberán retrasar--
se todos los tratamientos dentales hasta acla-
rar la etiología de la anemia y ordenar el tra
tamiento específico, a excepción de las urgen-
cias.

ñ) En los trastornos de la conagulación, tromboci
topenia, enfermedades de los glóbulos blancos,
no se debe practicar ninguna intervención qui-
rúrgica sin antes haber consultado con el médi
co familiar.

CAPITULO V.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.

Es un método de diagnóstico imprescindible el cual nos -- proporciona una ayuda incalculable para el cirujano dentista.

El exámen radiográfico previene accidentes durante el -- tratamiento de los dientes retenidos, resultando menos traumatico, también disminuye el tiempo operativo.

Una buena radiografía exige fidelidad en las imagenes, -- para evitar datos falsos y un fracaso en la intervención, lo anterior proporciona un estudio completo del diente observando datos como son: tamaño, forma, posición en el maxilar, relación -- con la tabla interna y externa del maxilar, con la rama ascendente, con el canal dentario, identificación de proceso patológico del diente y los tejidos vecinos.

RADIOGRAFIAS DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Las radiografías que se necesitan para realizar la cirugía del tercer molar inferior retenido son las siguientes:

Radiografía intraoral.

La posición del paciente, sentado en el sillón, el respaldo perpendicular al suelo la cabeza ligeramente inclinada -- hacia atrás de manera que la línea oclusal 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 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.

El aparato de rayos X el cono del aparato debe ser colocado perpendicular a la película a una angulación de 0

Radiografía extraoral.

La radiografía extraoral, se indica en trismus procesos inflamatorios, intolerancia del paciente.

La posición del paciente sentado, el respaldo del sillón vertical, la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, la película se guarda dentro de chasis con pantalla reforzadora.

El chasis se coloca con el eje mayor vertical, apoyado sobre la cara del lado a radiografiarse, paralela al plano vertical de la rama ascendente, el paciente debe sostener el chasis con la palma de la mano.

El tubo de rayos X, se coloca a un ángulo de 0, colocándose por debajo del ángulo del maxilar opuesto al que se va a radiografiar.

En la radiografía intraoral se deben considerar puntos importantes, como son: la posición del tercer molar retenido en el hueso, su relación con los molares vecinos, forma coronaria y radicular, osiestructura etc.

Radiografía oclusal.

La posición del paciente:-el respaldo se inclina hacia atrás, la cabeza reclinada descendiendo el cabezal todo lo - que permita la comodidad del paciente, luego se rota la cabeza hacia el lado opuesto al del molar a radiografiarse.

La película dental se coloca entre ambas arcadas, lo - más distalmente posible, se le indica al paciente que muerda con suavidad la película.

El aparato de rayos X.- El cono se coloca por debajo - del borde inferior de la mandíbula, para que el rayo central sea perpendicular a la película y pase a través del maxilar- y del eje mayor del molar retenido.

La radiografía oclusal nos dará la ubicación del ter-- cer molar en su relación bucolingual, la cantidad del hueso- del lado bucal y del lado lingual, la relación del molar con la rama ascendente y la dirección anteroposterior del molar.

RADIOGRAFIAS DEL CANINO SUPERIOR.

Una vez hecho el diagnóstico del canino retenido, se localiza la posición exacta, es necesario tomar cierto tipo de radiografías para obtener mayores beneficios y menores problemas.

Se debe ubicar el diente según los planos del espacio, para poder observar el ápice y la cúspide, conocer la relación que guarda el diente retenido con el diente vecino, así como las estructuras subyacentes (fosas nasales, seno maxilar).

En la radiografía observaremos el tipo o clase a la que pertenece el canino, distancia de los dientes vecinos y el número de caninos retenidos. Además se observará la corona, forma y existencia del saco pericoronario, distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos centrales y laterales y el conducto palatino anterior.

Cuando la cúspide del canino puede estar en contacto con la raíz del central o lateral o enclavada entre los dientes, son obstáculos para la cirugía bucal.

Es importante conocer la porción radicular ya que el ápice de caninos retenidos presentan en general una pronunciada curvatura.

La existencia de esta anomalía y la ubicación exacta del extremo radicular deben ser conocidos ante la operación.

A) Relación vestíbulo palatina.

Por medio de esta relación escojeremos la vía de acceso aproximadamente un 85% de los caninos retenidos superiores, presenta una posición palatina y para comprobarlo se toma una radiografía colocandolo al paciente en posición vertical, que el plano del arco dentario superior tome una forma horizontal y colocaremos una radiografía oclusal entre ambos maxilares.

b) Ubicación del canino en el plano sagital.

Esta ubicación se logra con la toma de tres radiografías periapicales.

1.- Anterior

2.- Media

3.- Posterior

Toma anterior:

Se coloca la película en el lado palatino, haciendo coincidir la línea media de la placa con el espacio interinsivo, siendo la dirección del rayo en la forma común para este tipo de tomas.

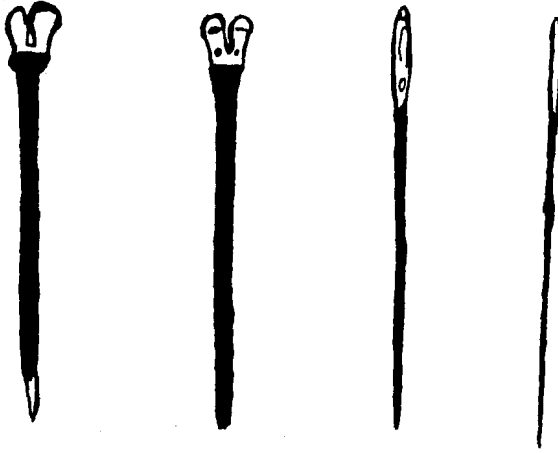
Toma Media:

Se hace coincidir el borde anterior de la radiografía --periapical con el espacio antes mencionado, la placa se coloca verticalmente y el rayo es normal a la película.

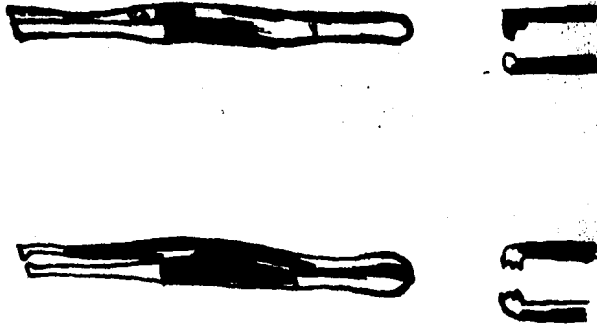
Toma Posterior:

En ésta se hace coincidir el borde anterior de la placa con la cara distal del incisivo lateral siendo normal la dirección del rayo.

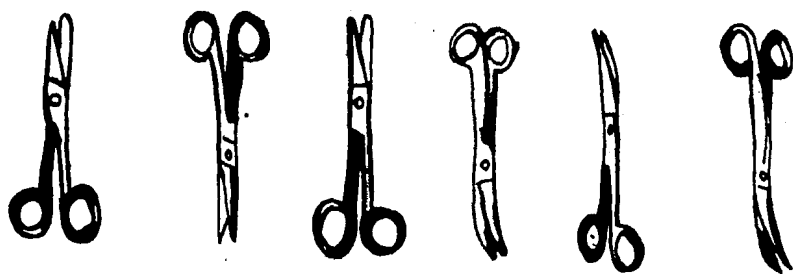
Ya reveladas las placas, colocaremos en el negatoscopio en la orden siguiente: p,m,a, para el lado izquierdo y a,m,p, - para el lado derecho, y tendremos el diente ubicado en el plano sagital y la relación con órgano y diente vecinos.



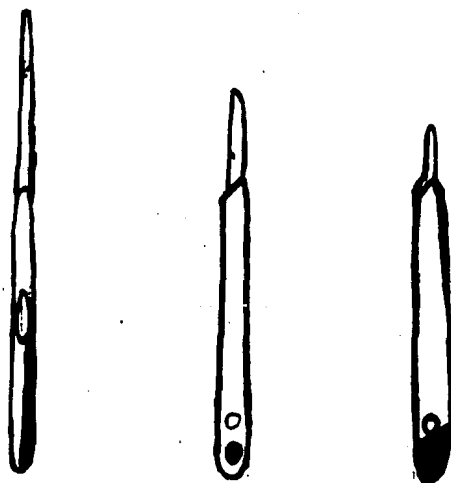
Sondas acanaladas abotonadas y común.



Pinsas de disección con dientes y sin
dientes.



Tijeras curvas y rectas.



Mangos de bisturí.

Pinzas de disección.- Existen dentadas con estas es posible tomar la fibromucosa bucal sin que se lesione. Las pinzas de dientes de ratón, sostienen firmemente el colgajo.

CAPITULO VI.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO,

El instrumental quirúrgico de acuerdo a su uso se puede dividir en: Instrumental de Exploración de Incisión, Instrumental de Hemostasis, Instrumental Especializado, Instrumental de Sutura y Material de Sutura.

1) INSTRUMENTAL DE EXPLORACION:

Espejo, pinzas de curación, cucharilla, explorador; junto con éstos, se coloca una jeringa y cartucho de anestesia.

2) INSTRUMENTAL DE INCISION:

Se puede dividir en: instrumental para tejidos blandos, e instrumental para tejidos duros.

a) Instrumental para tejidos blandos.

Bisturí.-El que se usa comúnmente, el bisturí de hoja corta, consta de mango de una hoja de distintas formas y tamaños. En la práctica se prefiere bisturí Bard Parker, con la hoja número 15.

Tijeras.-Es un instrumento de sección de tejidos se emplea para seccionar lengüetas y festones gingivales y trosos de encía en tratamiento, para seccionar bridas fibronas cicatrices y trosos de colgajos, se utilizan rectas y curvas.

La separación de colgajos se realizará con leguas, perios totomos y espátulas romas.

Separadores.-Sirven para mantener separados los labios de la herida o los colgajos sin que sean lisiados, pueden -- usarse los separadores de farabeuf, también se usan los -- de Volkmann que constan de un mango y un tallo que terminan en forma de dientes, los cuales se insinúan debajo -- del colgajo al que mantienen fijo.

b) Instrumental para tejidos duros.

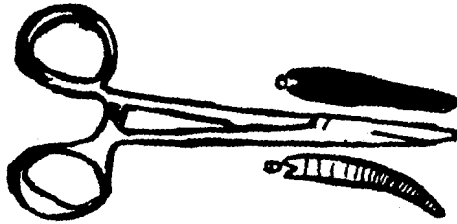
Escoplos y Martillo.-De muy frecuente uso en cirugía bucal, se emplean para efectuar la sección quirúrgica (osteotomía) aún en la resección (osteotomía) del hueso que cubre el objeto de la intervención, la tabla externa en la extracción del tercer molar inferior retenido u otros dientes retenidos. También se emplean para seccionar dientes en las maniobras llamadas de odontosección.

Escoplo.-Barra metálica, con extremo cortado a bisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado, -- actúa a presión normal a golpes de martillo. La hoja puede ser recta o estar ahuecada en media caña.

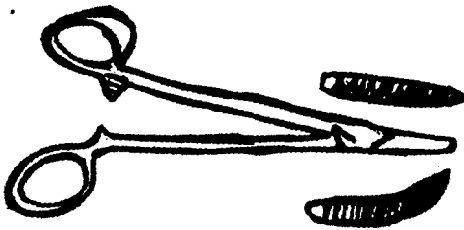
Martillo.-Consta de una maza y de un cuerpo, de un mango que permite esgrimirlo con facilidad, debe ser dirigido -- por el operador.



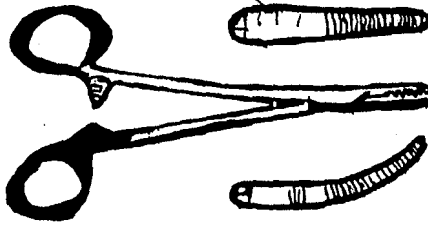
Pinzas de Allis



Pinzas de Crile



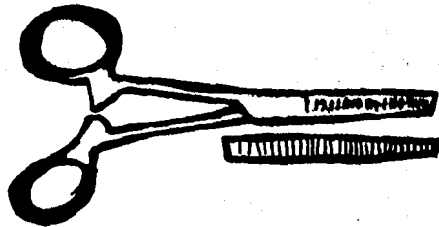
Pinzas de Mosquito.



Pinzas de
Kelly



Pinzas de Mayo



Pinzas de
Rochester

Pinzas y Gubias.-Existen curvas y rectas y actúan atrayendo el hueso, eliminando bordes cortantes, crestas óseas o trosos óseos que emergen de la superficie del hueso. Existen varios tipos con diferencia en la angulación.

Fresas.- El empleo de fresas en la operación de la boca, es de gran utilidad. La fresa puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos; la osteotomía cuando es efectuada con cuidado, resulta sencilla, las fresas que pueden usar son redondas de No. 5 al 8 y de fisura del No.560.

Instrumental de Hemostasis.-Por medio de este instrumento cohibimos la hemorragia, fase importante en todo procedimiento quirúrgico.

Pinzas de Kocher.-Su empleo en cirugía bucal con fines hemostáticos es reducido dada las pocas oportunidades que existen en ella de ligar vasos por tratarse de vasos pequeños de la fibromucosa.

También tenemos las pinzas de Kelly, pinzas Ma-yo, pinzas de mosquito, etc. Las cuales sirven para cohibir hemorragias.

Elevadores.-Son instrumentos que se utilizan para mover o extraer dientes o raíces dentarias.

INSTRUMENTAL DE SUTURA

Porta agujas.-Destinada a dirigir las agujas pequeñas a las que se toman por su superficie plana y las guías en sus movimientos.

Agujas de sutura.-Para la mayoría de las operaciones en cirugía bucal es conveniente efectuar suturas. Las agujas deberán ser sencillas, curvas o rectas pero con dimensiones pequeñas, con el fin de evitar lesionar los tejidos gingivales tan propicios a desgarrarse.

MATERIA DE SUTURA

Hilo.- Lo encontramos de diferentes materiales:

Hilo de algodón, hilo seda, hilo de alambre, hilo nylon (taudek, mereilene) de catgut que se divide en simple, se micrómico y crómico (absorbible).

Los materiales no absorbibles son de origen vegetal como los hilos de algodón y lino. Los de procedencia animal -- son de seda. Los elaborados con elementos metálicos, son de alambre de acero inoxidable, de plata y oro. Los sintéticos son derivados de la celulosa como el dermalón y el nylon.

Los materiales absorbibles, son de origen biológico y entre éstos el clásico es fabricado con instentino delgado del carnero, se llama catgut, el cual viene de grosor de -

000 al 10 en tres tipos:

Simple absorbible en 48 horas.

Semicrómico: absorbible de 5 a 7 días.

Crómico: absorbible de 7 a 10 días.

I.- CONCEPTOS GENERALES DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

La finalidad de la cirugía moderna es excluir inhibir - los microorganismos que contaminan una herida.

El término asepsia.-Se usa para designar la exclusión - de microbios patógenos vivos.

Antisepsia.- Se usa en métodos que inhiben o matan los- microorganismos pero sin que los excluya del todo.

Desinfección.- Es la destrucción absoluta del microorga- nismo patógeno con la cual se obtiene esterilidad.

Esterilización.- Es la supresión total de agentes que - son aptos para producir infección.

Por lo consiguiente es totalmente indispensable que to- do aquello que va a entrar en contacto con la herida quirúr-- gica esté esterilizado.

TECNICAS DE ESTERILIZACION.

Tenemos los agentes químicos como son: alcohol, bicloru- ro de mercurio en solución, cloruro de benzalconico o de zefi- rón, ácido fénico, tintura de merthiolate.

- a) ALCOHOL.-Es un buen germicida, la concentración más eficaz es del 70%, esta solución es volátil, debe colocarse en recipientes perfectamente cerrados.
- b) BICLORURO DE MERCURIO.-Esta solución sirve para esterilizar guantes de goma únicamente, pues destruye los metales.
- c) CLORURO DE BENZALCONICO.-O CLORURO DE ZEFIRON.
Es un desinfectante y antiséptico, posee débil potencia esporicida para la esterilización de instrumentos, esta solución sirve para desinfectar las manos y para el lavado de algunas heridas, el germicida Bard Parker se utiliza en igual forma.
- d) ACIDO FENICO.-Posee ligeras propiedades anestésicas, se emplea en solución alcohólica para esterilizar el punto de punción.
- e) TINTURA DE MERTHIOLATE.-La cavidad oral nunca es quirúrgicamente limpia, sin embargo se puede evitar la mayor parte de la contaminación antes de una intervención aplicando merthiolate en la zona que se va a intervenir.

Dentro de los agentes físicos que se emplean para la esterilización, tenemos: Ebullición, autoclave o calor humedo o seco.

- a) EBULLICION.-El agua hirviendo es un método de esterilización, por lo general la ebullición mata a los microorganismos patógenos a 100°cc. durante 30 minutos.
- b) CALOR HUMEDO O AUTOCLAVE.-Todo consultorio moderno y hospital debe tener autoclave para esterilizar rápidamente instrumentos y ropa etc., por medio de vapor de agua a temperaturas superiores a los 100°cc. durante 30 minutos.
- c) CALOR SECO.-La esterilización de calor seco ya sea -- por estufa o esterilizador, debe ser a una temperatura de 175°cc. durante 60 minutos.

La esterilización química, se usa para instrumentos cortantes y la esterilización física para los demás instrumentos, campos guantes etc.

Además de colocar los instrumentos previamente esterilizados para realizar cualquier operación, el cirujano y sus ayudantes deben proceder a un concienzudo lavado de manos y antebrazos para su desinfección.

PREPARACION DEL AREA QUIRURGICA

Tenemos conocimiento de que la boca es un terreno fértil para las infecciones y que aquí se origina constantemente innumerables microorganismos patógenos, pero por regla general la boca posee un alto grado de inmunidad contra los microorganismos que en ella habitan. La patogenicidad de ciertos microorganismos, es contrarrestada por saprófitos antagónicos.

El peligro de una operación quirúrgica en la boca, radica en la introducción de microorganismos patógenos extraños, - contra los cuales, el organismo humano no posee ninguna inmunidad.

I.-CEPILLADO DENTAL PREVIO A LA CIRUGIA.

Aún cuando no es posible esterilizar la cavidad durante cierto tiempo, se debe reducir el número de microorganismos, lo cual debe procurarlo el dentista, se debe presentar atención especial a la limpieza mecánica de la boca, utilizando una técnica de cepillado indicada al paciente por el dentista.

Debe enjuagarse la boca perfectamente con una solución de permanganato de potasio.

Para la elección de algún antiséptico hay que tomar en cuenta que la flora bacteriana varía de un individuo a otro.

También se debe proceder a quitar el zarro antes de cualquier intervención quirúrgica en la cavidad bucal.

TRATAMIENTOS SUBGINGIVALES.

Deben excluirse todos los tejidos patológicos, tales como dientes infectados, abscesos, así como procedimientos necesarios de sanamiento básico en piezas que pudieran considerarse como posibles focos de infección.

COLOCACION DE CAMPOS.

Dentro de la preparación del paciente se debe incluir a la utilización de compresas, con el fin de aislar zonas contaminadas.

Las compresas, son trozos de tela cuadrados, los cuales cubren la mesa de instrumental al igual que el campo operatorio. Para esta última finalidad, se usan compresas fenestradas provistas de un orificio oval, que permite dejar al descubierto los ojos, la boca o bien la nariz del paciente.

Se recomienda envolver la boca del paciente y sostenerla con unas pinzas de campo, otra compresa se extiende sobre el pecho por debajo del mentón, de este modo los movimientos del paciente no son impedidos.

CAPITULO VII.

ANESTESIA GENERAL.

Se entiende por anestesia general a la ausencia de sensibilidad al dolor, con la pérdida de la conciencia.

ANESTESIA POR INHALACION.

En cirugía, se emplea para este fin: El protoxido de ózoe, el ciclopropano, el cloruro de etilo, el eter, solos o combinados o en mezcla con oxígeno.

Los distintos anestésicos por inhalación deben usarse con aparatos especiales de distinto mecanismo y empleo, el protoxido de ózoe se administra en los aparatos de Mc Kerson, Heidbrink o Foregger. El gas pasa del aparato a los pulmones y de ahí a la sangre.

Los pacientes pueden clasificarse en tres grupos:

- I.- Normales: el 75% pertenecen a este grupo.
- II.- Los anestésicos resistentes: en este grupo están los alcoholicos, fumadores y los sujetos robustos.
- III.- Los anestésicos sensibles: Infectados, intoxicados, insomnio o debilitados, ancianos y los enfermos.

Al paciente, al cual debe efectuarse una anestesia general, hay que colocarlo en las mejores condiciones para realizar con éxito la intervención, mediante la premedicación y ayu no.

Los pacientes del grupo anestésicorresistentes, se les debe administrar la noche anterior una cápsula de mambutal 0.05 a 0.10 gms. por vía oral y otra, una hora antes de la intervención.

También se debe preparar psicológicamente al paciente, - dirigiéndole palabras de tranquilidad y una explicación de lo - que va a ocurrirle, y aún sentado en un sillón deben ser pala-- bras de calma para tranquilizar al paciente, aconsejándole que- deje sus nervios y que aspire profundamente el gas y tenga con- fianza en nosotros.

Debe evitarse que el paciente vea al entrar al consulto-- rio los instrumentos sobre la mesa, así como toda exhibición -- quirúrgica y ruidos inútiles que aumenten su ansiedad al sentar se en el sillón.

ADMINISTRACION DE LA ANESTESIA.

El protóxico de ázoe puede administrarse por vía oral na- sal o ambas a la vez, con el inhalador facial, se obtienen anes- tesias muy breves, pues el aparato se retira una vez dormido el paciente.

Cuando se requiere de administrar más prolongadamente, de- ben usarse los inhaladores nasal y bucal, el primero queda fijo durante toda la operación, el segundo se retirará al comenzar - ésta. Terminada la operación se succiona la sangre o saliva, se extraé el taponamiento faríngeo.

ANESTESIA POR INYECCION.

Para conseguir la anestesia pueden emplearse barbitúricos administrados por vía endovenosa, actualmente se emplea el pen-

total sódico, que es un agente de acción rápida, que es total ya rápidamente distribuido por el organismo, está indicado en cirugía bucal y es inyectado por vía endovenosa, según las técnicas comunes pero con precaución especial para este tipo de anestesia.

En el consultorio dental solo debe usarse cuando se encuentre debidamente equipado.

ANESTESIA ENDOVENOSA EN SILLON DENTAL

Es de positivo valor como agente de indicción sobre todo en los presuntos anestésicorresistentes pletóricos, alcoholistas, fumadores y en los cardíacos.

Debe ser administrada en las más pequeñas dosis efectiva de barbitúricos y solamente como inducción, seguida de mantenimiento con protoxido por vía nasal, en dosis de 0.25 a 0.50 -- gr.

El pentotal sódico en dosis dobles de kemithal y en soluciones de 2.5 y 5% respectivamente. Se comienza la inyección a una velocidad de centímetros cúbicos por segundo y se continúa administrando lentamente hasta que aparezcan los primeros síntomas de sueño.

ACCIDENTES DE LA ANESTESIA GENERAL.

Los accidentes de la anestesia general son mediatos como accidentes a distancia, son lesiones sobre los centros nerviosos, sobre el hígado, las lesiones cerebrales obedecen a la -- hioxia o a la anoxia.

Los accidentes inmediatos comprenden la asfixia el shock, el síncope cardiaco o respiratorio.

Bloqueo de las ramas del nervio maxilar inferior.

El bloqueo del nervio dentario inferior, se considera importante en odontología, ya que con este método se obtiene blo^{quear} totalmente los dientes posteriores inferiores.

La zona anestesiada comprende la mitad del maxilar inferior, una parte de la encia bucal, la piel y la mucosa del labio inferior y la piel de la barbilla.

TECNICA:

Con el dedo indice izquierdo, se localiza la línea oblicua, es decir, el borde interno de la rama del maxilar inferior. Se efectúa la punción inmediatamente por dentro de ese punto, un centímetro. La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula, desde ese punto la punta de la aguja se introduce lentamente dos centímetros pegada a la cara inter

na de la rama del maxilar, al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, manteniendola siempre en el mismo plano horizontal. La punta de la jeringa se mantendrá durante toda la maniobra en contacto con la rama, una vez que se haya alcanzado el punto deseado con la punta de la aguja, se inyecta de 1.5 a 2 milímetros de lidocaína o prilocaína al dos por ciento sin o con vasoconstrictor.

Al sacarla se colocan unas gotas del anestésico, con el fin de bloquear el nervio bucal.

BLOQUEO DEL NERVIO ALVEOLAR POSTEROSUPERIOR

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

El nervio alveolar nace del nervio maxilar superior y - pasa al fóramen alveolar posterior en la cara cigomática de - la tuberosidad del maxilar.

Para la punción se toma como referencia el último molar y el borde gingival del molar superior. El forámen alveolar - se localiza de 2 a 3 cm. por encima de la línea gingival del - último molar, se introduce la aguja a través del repliegue mu - coso en la región apical del primer molar, hacia atrás y ha - cia arriba hasta que penetre la aguja.

BLOQUEO DEL NERVIO PALATINO ANTERIOR.

En este bloqueo la aguja se introduce a 1 cm. de la mi - tad del trayecto entre la línea de la encía y la línea media - del paladar, dirigiéndola hacia arriba y hacia atrás, perfo - rando el tejido palatino en el conducto y se aplica lentamen - te la solución.

BLOQUEO DEL NERVIO NASOPALATINO.

La punción se realizará en el punto situado a 1 cm. por encima y detrás de la línea gingival, sobre la línea media y detrás del incisivo. Se introduce la aguja hasta encontrar la boveda del paladar y se procede a inyectar la solución.

Con este metodo se bloquea el tabique de la nariz y de la parte anterior del paladar.

BLOQUEO SUPRAPERIOSTICO.

Este bloqueo se obtiene por infiltración local inyectando la solución anestésica a través de las membranas mucosas y depositándola sobre el periostio en la proximidad de los ápices de los dientes.

ANESTESIA

Las distintas maniobras que la cirugía debe emplear para el tratamiento de las afecciones provocan dolor. La supresión de este dolor, una de las más grandes conquistas de la humanidad, se logra merced al empleo de la anestesia, término que se utiliza para designar este procedimiento.

Anestesia es el método que permite la pérdida de la sensibilidad.

En cirugía hay varios tipos de anestesia: local, regional y general. Estudiaremos en este caso la anestesia local que es la que se requiere en cirugía menor de caninos retenidos superiores; anestesia local es la supresión por medio terapéutico de la sensibilidad de una zona de la cavidad bucal, manteniéndose intacta la conciencia del paciente, esto se logra por distintos procedimientos, pero solo nos interesa el método que logra la anestesia por la inyección de sustancias químicas, las cuales poniéndose en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas anulan la transmisión periférica del dolor a los centros superiores.

En el caso de los caninos retenidos, las técnicas de anestesia local que se emplean, son las siguientes:

a) Bloqueo de las ramas del nervio maxilar superior.

1.- NERVIO INFRAORBITARIO.

ANATOMIA.

El nervio infraorbitario es continuación directa del -- nervio maxilar superior, se introduce en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y corre en el piso de la misma, -- primero en el surco luego en el canal infraorbitario, para -- luego aparecer en el agujero infraorbitario y distribuirse -- por la piel del párpado inferior, la porción lateral de la na ríz y el labio superior, así como por la mucosa del vestíbulo nasal.

TECNICA INTRAORAL.

Se palpa con el dedo medio porción media del borde infe rior de la órbita y luego se desciende cuidadosamente cerca - de un centímetro por debajo de este punto, donde por lo general se puede palpar el paquete vasculo nervioso que sale por el agujero infraorbitario, manteniéndose el dedo medio en el - mismo lugar, se levanta con el pulgar y el índice el labio su perior y con la otra mano se introduce la aguja en el replie- gue superior del vestíbulo oral, dirigiendola hacia el punto- en el cual se ha mantenido el dedo medio; aunque no se pueda- palpar la punta de la aguja, es posible sentir con la punta - del dedo como la solución es inyectada en los tejidos subya--

centes. Se inyectan 2 a 3 ml. de prilocaína al 2% o lidocaína-al 2%

TECNICA EXTRAORAL.

Se punciona la piel aproximadamente a un centímetro por debajo del punto descrito anteriormente en seguida se introduce la aguja con lentitud hacia el agujero infraorbitario.

Con frecuencia el paciente acusa parestesia en la zona de distribución del nervio, fenómeno del cual debe estar enterado. Se aspira para descartar que la aguja no se haya introducido en algunas de las venas o arterias del paquete y luego se inyecta la misma cantidad de anestésico indicada en la técnica intraoral (2 a 3 ml. prilocaína al 2% o lidocaína al 2%), a menos que sea necesario, la aguja no debe penetrar en el canal - infraorbitario ya que en este caso se corre el riesgo de producir lesiones nerviosas causantes de lesiones duraderas.

CAPITULO VIII

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

La intervención quirúrgica para la eliminación del tercer molar inferior constituye un problema mecánico como lo es todo diente retenido. Por lo tanto para realizar la avulsión de dicho diente se aplicará una operación la cual constara de los siguientes pasos.

- a) Incisión.
- b) Osteotomía.
- c) Extracción propiamente dicha.

INCISION.

Se refiere a una incisión amplia de tipo angular con el fin de tener una visión amplia para no traumatizar la encía, evitando de este modo los trastornos nutritivos y su necrosis.

OSTEOTOMIA.

La osteotomía es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso y eliminarlo para poder observar el objeto de la operación; estas maniobras se realizan con escoplos, pinzas, gubias y fresas.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Eliminación del molar retenido, se realiza con palancas - tomando puntos de apoyo.

La eliminación deberá observar los siguientes principios:

- 1.- Realizar la operación bajo visión directa.
- 2.- Planear la operación de manera que esta exija la menor fuerza de palanca posible.
- 3.- Evitar el segundo molar, su parodonto y fracturar el ángulo de la mandíbula.

Hay dos métodos principales de extracción de los terceros molares, en el primero se reseca el hueso con el propósito de extraer el diente en una pieza; en el otro se divide el molar - (técnica de seccionamiento), a fin de que se pueda extraer en fragmentos.

Extracción de terceros molares inferiores retenidos en -- posición vertical.

En este tipo de retención se realiza una incisión que se extiende sobre la cara oclusal del molar retenido desde el borde mesial del festón gingival llegando en sentido distal algunos milímetros por detrás del borde óseo, inmediatamente se realiza una pequeña incisión perpendicular a la primera, este tipo de incisión se realiza con el fin de no traumatizar la lengüeta interdientaria, evitando dolores postoperatorios. La incisión --

deberá incluir el mucoperiostio en todo su espesor.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

EN POSICION MESIOANGULAR.

En este tipo de retención el diente está más profundamente alojado, por lo tanto la cantidad de hueso distal se presenta en mayor cantidad, también encontramos un mayor anclaje por el contacto con el segundo molar.

En la extracción de esta índole se recomienda la odontosección la cual evita traumatismos.

La incisión se realiza como se indicó en la retención vertical, solo en el caso en el cual no se tome como punto de apoyo la cara mesial, se realizará de la cara distal del molar retenido en sentido distal en una distancia de un centímetro.

OSTEOTOMIA.

La eliminación del hueso se realiza con osteotómo, con fresa o escoplo.

La cantidad de hueso a eliminarse estará determinada por el grado de verción molar y por la forma de las raices.

Cuando se ha eliminado el hueso distal se procede a extraer el diente, para ésto utilizaremos los elevadores, los cuales tendrán su punto de apoyo en el espacio interdentario.

La extracción puede hacerse por elevación sin dividir el diente, para esto utilizaremos los elevadores, los cuales tendrán su punto de apoyo en el espacio interdentario.

La extracción puede hacerse por elevación sin dividir el diente o si es necesaria la odontosección. La extracción puede empezarse con tentativas de fuerza creciente, con el fin de colocar el molar en posición vertical, facilitando la avulsión - la cual se realiza con una pinza o con el elevador.

La extracción por odontosección está indicada en este tipo de retención, se puede aplicar de dos formas.

- 1.- Dividiendo el corte o diente según su eje mayor, en este caso se puede o no usar la osteotomía.
- 2.- Dividiendo el diente según su eje menor.

La odontosección de los molares retenidos se realiza con discos, piedras de carburo, fresas, escoplos rectos de media caña, el escoplo de Sorensen o el escoplo automático.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION DISTOANGULAR.

La posición distoangular no es muy frecuente, su eliminación se dificulta ya que debe ser dirigido en sentido distal. Para la eliminación se recomienda utilizar la técnica de odontosección y la osteotomía a escoplo, solo en el caso que la angulación sea poco exagerada se realiza la extracción con elevador.

La incisión que se utiliza es la de forma angular.

OSTEOTOMIA.

La osteotomía se realiza con el osteotómo o con fresa y escoplo, el hueso que se eliminará será la porción ósea distal que cubre el molar retenido, también se elimina el hueso de la cara bucal

La extracción propiamente dicha se realizará con elevadores el cual se utiliza como cuña sobre la cara mesial, cerca del borde bucal, entre el molar y el hueso elevando el molar retenido.

Como se indicó, se recomienda la extracción por odontosección, la cual se efectúa, con fresa o con escoplo automático, los cuales cortaran el diente según su eje menor.

El corte se realiza con una fresa de fisura colocada paralela a la línea cervical del molar retenido y se introduce en el espacio creado por la osteotomía entre la cara bucal del molar y la tabla ósea externa, separando la corona de la raíz.

Cuando se ha separado la corona de la raíz se introduce un elevador del grado y se extrae la corona, inmediatamente se desplazan las raíces hacia distal, siguiendo el eje o la curvatura de las raíces, si es necesario se hace una pequeña osteotomía en el tabique interdentario con una fresa de fisura.

POSICION LINGOANGULAR.

Es rara pero cuando se presenta la cara triturante esta - inclinada hacia la tabla lingual del maxilar.

OSTEOTOMIA.

Consiste en la eliminación del hueso que cubre la cara su perior y la cara triturante, se puede realizar la eliminación - con fresa o con escoplo.

La odontosección es la más eficaz en este caso, dicha --- odontosección consiste en la división con fresa redonda a nivel del cuello.

La odontosección con escoplo, debe realizarse en caso de molares con raíces incompletamente formadas.

POSICION BUCAL.

En este caso la cara triturante está dirigida hacia la me jilla, la eliminación se realiza por medio de odontosección, la cual se realiza con fresa de fisura dividiendo el diente reteni do de mesial a distal; las partes se extraen por separado con - un elevador recto.

POSICION PARANORMAL.

En esta forma de retención está en multiples y variadas - disposiciones, por lo tanto no es posible dar a cada caso un --- esquema quirúrgico.

Osteotomía y odontosección: osteotomía es necesaria para abordar las caras dentarias y disminuir los riesgos operatorios, logrando una útil aplicación de la mecánica de la palanca sin traumatismos ni complicaciones.

Odontosección permitirá eliminar fragmentariamente una pieza retenida, también sin traumatismos.

Incisión trazada de acuerdo con la posición del molar se persigue como en todos los casos obtención de un amplio colgajo para que facilite las maniobras operatorias.

Osteotomía debe atender en su extensión y alcance a la posición del molar paranormal y procurará descubrir las caras dentarias útiles para realizar la odontosección y aplicación de los elevadores.

Operación propiamente dicha (extracción del molar retenido), se cumple mediante la división sistemática que obtendrá tantas partes como se precisen para facilitar la extracción.

EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

POSICION VERTICAL.

INCISION.

La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o corona del molar, se debe realizar en sentido anterior ---

hasta el cuello del segundo molar.

Se procede a desprender el colgajo con un periostotómo y se sostiene con un separador.

OSTEOTOMIA.

En la osteotomía se debe eliminar el hueso que cubre la cara triturante, ésto se realiza con escoplos rectos o fresa; en la osteotomía de los terceros molares retenidos superiores, es necesario ver por lo menos la cara bucal y mesial.

VIA DE ACCESO A LA CARA MESIAL.

La superficie mesial se utilizará para aplicar el elevador para eliminar el molar retenido.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

En la extracción utilizaremos los elevadores números 1, 2 o 14 (R o L) de Winter, los elevadores rectos o elevadores Clev-dent.

TECNICA DE EMPLEO DE LOS ELEVADORES.

La forma de utilizar los elevadores es la siguiente: en el espacio existente entre la cara mesial del tercer molar retenido y la cara distal del segundo molar se introduce el elevador con un movimiento rotatorio y apoyandonos en forma de caña se logra luxar al molar retenido.

El punto de apoyo generalmente lo encontraremos en la cara distal del segundo molar o en el tabique óseo en caso de existir.

Posteriormente a la luxación del molar retenido, si la fuerza que se aplica no es suficiente para extraerlo, se puede eliminar utilizando una pinza para extracciones.

Extraído el molar, se revisan los bordes óseos, se retira el saco pericoronario con una pinza gubia, finalmente se aplica el colgajo en su sitio y se practica uno o dos puntos de sutura.

POSICION MESIOANGULAR.

La posición mesioangular está condicionada por la dirección del molar y la cantidad del hueso distal.

Por lo tanto el molar será extraído eliminando la retención que le proporciona el hueso distal. Esta eliminación se realizará con el elevador para lo cual será necesario preparar una vía de acceso, esta vía necesitará una mayor osteotomía en el lado mesial y la eliminación de una parte de la tabla ósea vestibular que cubre la cara bucal del molar retenido.

Para la osteotomía utilizaremos escoplo y fresa, requiriendo una mayor encisión de hueso en distal, hasta el nivel del cuello del diente.

Los elevadores se emplean aplicandolos sobre la cara me-
sial del diente, realizando los movimientos rotatorios y en -
forma de cuña.

Estos movimientos colocarán el diente en posición dis-
tal, abajo y fuera realizando la extracción del diente reteni-
do.

En los molares con las raices abiertas con cementosis o
dilaceradas, el movimiento debe ser lento y sin esfuerzos ---
bruscos para evitar fracturas.

POSICION DISTOANGULAR.

La incisión debe dirigirse más distalmente para evitar-
desgarros de la encia en el desprendimiento del colgajo.

OSTEOTOMIA.

Solo será necesario preparar la vía de acceso en el la-
do mesial.

EMPLEO DE LEVADORES.

Se colocarán sobre la cara mesial del tercer molar diri-
giendolo hacia abajo y hacia atrás, se debe tener cuidado con
la tuberosidad y la apófisis pterigoides.

Se emplearan elevadores de Clev-dent o de Witer número-
14. Estos elementos actuarán en forma de cuña o palanca, cum-

pliendo con el objetivo de luxar y eliminarlo.

POSICION PARANORMAL.

La técnica para la eliminación del molar en posición ~~para~~ normal, estará dada por la disposición que presenta el molar en el hueso y su relación con los molares vecinos, en ocasiones se indica la extracción del segundo y aún del primero.

TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS SUPERIORES.

A) TECNICA OPERATORIA PALATINA.

1.- INCISION.

Para extraer el canino retenido en la boveda palatina, es necesario desprender parte de la fibromucosa, dejando al descubierto la boveda ósea.

La incisión se hará por lo general con el bisturí Bard -- Parker número 12, seccionando los tejidos linguales al rededor -- de los cuellos de los dientes, desde lingual del incisivo cen-- tral superior hasta distal del segundo premolar.

Posteriormente con una hoja número 15 Bard-Parker y a par-- tir de la cresta intendentaria, en lingual entre los dos incisi-- vos centrales, se hace una incisión longitudinal por el centro -- del paladar, en una extensión aproximadamente de 4 cm.; esta in-- cisión atravieza el conducto nasopalatino y se produce la hemo-- rragia, la cual se controla por presión con una gasa durante po-- cos minutos, se prepara el colgajo mucoso del paladar duro por -- medio de un periostótomo hasta que la estructura ósea esté total-- mente expuesta y se podrá observar una prominencia en el hueso o la corona del canino. Para la separación del colgajo es conve-- niente mantener inmóvil el tejido fibromucoso para que no exis-- tan accidentes durante la operación.

Para tal acción pasaremos un hilo de sutura en el punto del colgajo, aproximadamente en la parte media de la zona correspondiente al canino y se fijará por medio de un nudo al primer molar del lado opuesto.

2.- OSTEOTOMIA.

Para efectuar la osteotomía pueden emplearse varios instrumentos como son: las fresas quirúrgicas, los escoplos y el taladro de la punta de lanza, las más recomendables son las fresas ya que éstas son medio traumáticas.

Una vez elegido el instrumento para realizar la osteotomía, se hacen orificios en el hueso palatino, a una distancia de 3 mm. uno de otro, alrededor de la corona del diente retenido, con el cuidado de no lesionar las raíces de los dientes-vecinos. Posteriormente, por medio de una fresa se unen otros orificios y se desprende ese trozo de hueso que cubre la corona y la parte de la raíz.

La osteotomía debe descubrir toda la corona especialmente a nivel de la cúspide del diente retenido y una anchura -- equivalente al mayor diámetro de la corona para que ésta se pueda eliminar de la cavidad ósea.

NOTA: Es importante recordar que cuando se van a usar fresas quirúrgicas se requiere de irrigación de suero fisiológico

gico con el fin de evitar el calentamiento del hueso y que traiga como consecuencias posibles traumas.

3.- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Al iniciar el acto quirúrgico se requiere de criterio y habilidad y firmeza, para evitar traumatizar o luxar los dientes vecinos, o fracturar las paredes alveolares.

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro inestensible (el diente) de un elemento duro que debe considerarse inestensible (el hueso) dicha operación se realiza por medio de palancas apoyadas en el hueso sólido y consistente.

Para facilitar la extracción del diente retenido existiendo procedimientos; emplear la ventana ósea por donde debe eliminarse el diente, o bien se disminuye el volumen del diente.

El primer procedimiento exige el sacrificio estéril del tejido óseo vecino.

El segundo procedimiento es sencillo y menos traumático. Es la aplicación del clásico método de la odontosección.

La odontosección es útil en los dientes cuya posición sea horizontal, mientras que en los dientes que tengan una posición vertical no será aplicable esta técnica; en tal posición se origina un espacio por medio de fresas alrededor de la corona del

canino y siempre que la cúspide no se encuentre enclaustrada, puede ser extraído con un elevador recto introducido entre la cara del diente retenido que mire a la línea media y a la pared ósea contigua, con movimientos de rotación se introduce el instrumento, con lo cual se consigue imprimir al diente -- cierto grado de luxación.

La extracción en tales casos, se termina tomando al --- diente al nivel de su cuello con una pinza de premolares superiores y ejerciendo suavemente movimientos de rotación y tracción en dirección del eje del diente.

Las dificultades que pueden presentarse es que haya dilaceración radicular, que en caso de fracturarse, su extracción es sumamente difícil.

La odontosección puede efectuarse con escoplo o fresas-quirúrgicas.

La maniobra de la sección del diente retenido con fresa es sencilla. Se requiere de perfecta visión del diente y su -- fácil acceso; la osteotomía previa lo habrá logrado. El diente debe ser cortado a nivel de su cuello con fresa de fisura- número 702 o 560 dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente.

Si la región cervical no es accesible, habrá que cor-- tar el diente a nivel de su corona.

Para esto será necesario desgastar previamente el esmalte con una piedra para permitir la introducción de la fresa, seccionando el diente, se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y con dicho instrumento se realiza un movimiento rotatorio, con el cual se logrará separar raíz y corona, si aún quedaran unidas por algún trozo dentario y dar a la corona un cierto grado de movilidad, luego colocando el elevador a nivel de la cúspide del canino, se dirige la corona en dirección del ápice aprovechando el espacio creado por la fresa de fisura, con esto se logra desconectar la cúspide del diente retenido de su alojamiento óseo y de su contacto con los dientes vecinos.

La odontosección por medio del escoplo y martillo automático se puede lograr con mucho trabajo, seccionar el diente, el escoplo automático cumple su cometido sin mayores molestias.

El escoplo tiene que ser dirigido perpendicularmente al eje mayor del diente, dos o tres golpes serán suficientes para lograr la odontosección.

La extracción de la corona seccionada se logra introduciendo un elevador de bandera, de hoja delgada entre la cara del diente que mira hacia la línea media y la estructura ósea,

efectuando un movimiento de palanca y con un movimiento de -- apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento, se descende la corona.

Las dificultades que pueden encontrarse en esta manio-- bra, residen en insuficiente osteotomía por escasa amplitud - de la ventana ósea, menor que el mayor ancho de la corona o - cúspide del canino introducida profundamente en el hueso o en el contacto de los dientes vecinos.

Se vencen estos obstáculos, dirigiendo la corona en di-- rección apical, a expensas del espacio creado por la fresa al dividir al diente.

Eliminada la corona hay un amplio espacio para dirigir-- la raíz hacia la cavidad ósea vecina. Para la eliminación se-- puede usar un botador angulado o apical entre la pared radicu-- lar que mira a la línea media y el hueso adyacente y dirigiend-- o la raíz hacia abajo y hacia la línea media.

En otras condiciones se puede practicar, con una fresa-- redonda un orificio en la bobeda ósea que llegue hasta la --- raíz introduciendo por esta perforación un elevador fino se - dirige la raíz hacia el espacio vacío.

4.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Una vez efectuada la extracción deberá inspeccionarse minusiosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario del -- diente retenido; este se extirpará con una cucharilla filosa. La omisión de esta medida puede traer trastornos infecciosos y tumorales.

Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser alisados - con una fresa redonda, o con escofinas o limas para hueso.

Como prevención podemos usar cualquiera de estos medicamenutos; tintura de merthiolate, yodo, violeta de genciana etc.

5.- SUTURA.

Es el complemento de todo acto quirúrgico.

Una buena sutura proporcionará una buena evolución y una - aceptable cicatrización.

La sutura tiene como objeto reconstruir los planos incidi-- dos y debe de reunir los requisitos siguientes:

- a) Que un tejido de la misma naturaleza, ésto es que la suutura hecha por planos reconstruye los distintos elementos anatómicos.
- b) Que la unión de dichos planos sea perfecta para no de-- jar sitios para la reproducción de gérmenes.

- c) Emplear la sutura y el material adecuado para la finalidad a que está destinada.
- d) Finalmente la sutura deberá hacerse con la asepsia debida, desprovista de cuábulos, tejidos esfacelados o desprendidos de sus bordes y con una perfecta hemostasis.

Una vez realizada la cirugía bucal, el colgajo se vuelve a su sitio, readaptándolo perfectamente, de manera que las -- lenguetas interdentarias ocupen su normal ubicación.

En los caninos unilaterales, generalmente un punto de sutura es suficiente; se coloca a nivel del espacio. Terminada la operación se coloca un trozo de gasa en la boveda palatina comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa.

B) TECNICA OPERATORIA VESTIBULAR.

I.- INCISION.

Se emplea la incisión en forma de arco de Partsch y la - incisión de newman.

La incisión de Partsch tiene una forma de arco o semi-lu nar, su extensión deberá ir más allá del sitio en que se hará la intervención para darnos posteriormente un buen soporte -- óseo.

La incisión de Newman es más práctica, se realiza un cor te a nivel del segundo premolar superior (del lado deseado),-

se dirige hacia abajo y adelante hasta el borde libre de la encía, continua siguiendo el borde gingival hasta el lado mesial del incisivo lateral; desde ahí se dirige hacia arriba para terminar a la altura del tercio apical de la raíz del incisivo central.

Este tipo de incisión nos brinda campo operatorio visible y nos facilita la operación.

2.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

Se desprende el colgano con el periostotomo o espatula de Freer, este deberá mantenerse levantado durante el tiempo de la investigación, con un separador romo que no traumatice; hay que evitar tironamientos que repercuta sobre la vitalidad del tejido gingival.

3.- OSTEOTOMIA.

Se puede realizar con escoplo y martillo o con fresa quirúrgica, siendo de elección las fresas.

Se realizan perforaciones en torno a la corona del diente retenido; en esta zona el hueso posee menor resistencia ya que la tabla externa es más delgada que en el hueso del paladar, inclusive algunas veces, la corona podrá estar parcialmente expuesta, lo que facilitará la eliminación ósea.

Es conveniente tener presentes la cercanía de la cavidad nasal como la del seno maxilar.

4.- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Los caninos vestibulares una vez enucleadas la tapa ósea, pueden ser extraídos enteros, luxándolos con elevadores rectos que se colocan entre el diente y la pared ósea, en los sitios más sólidos; luxando el diente posteriormente se tomá con una pinza recta y se extrae.

Los caninos palatinos que se encuentran próximos a la arcada dentaria y en caso de ausencia del incisivo lateral, del primer premolar o de ambos dientes pueden ser intervenidos por la vía vestibular; para ser posible su extracción, es necesario seccionarlos.

La odontosección se lleva a cabo con fresa de fisura, el diente retenido se corta a nivel del cuello, la corona se extrae con un elevador recto o de bandera.

En el espacio originado por la corona extraída se proyecta la porción radicular.

La raíz es movilizada en dirección de su eje mayor, con elevadores o realizándole un orificio con una fresa redonda en el cual se introduce un instrumento delgado, con el que se le desplaza. Algunas veces será necesario hacer una nueva sección de la porción radicular, cuando al dirigirla hacia adelante no es suficiente el espacio abierto en el hueso para su extracción.

5.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco peri coronario y los restos óseos y dentarios; los bordes de la ca vidad deberán ser limados.

6.- SUTURA.

Una vez adosado el colgajo en su sitio correcto, se colocan dos o tres puntos de sutura para completar la oposición.

A continuación mencionaremos varias técnicas de extracción para los caninos retenidos por la vía palatina o vestibular, pero que su frecuencia o índice es muy bajo.

a) Retención de ambos caninos en la boveda palatina.

Se presenta con cierta frecuencia, por lo general la posición de estos dientes es inclinada de abajo hacia arriba y de adelante a atrás, aunque también se les puede encontrar completamente horizontales.

La extracción de un canino o de los dos en la operación depende del grado de dificultad que presenten y de la habilidad del cirujano.

Una retención bilateral simple, en adulto joven puede efectuarse al mismo tiempo del acto quirúrgico; en retenciones difíciles, se recomienda hacerlas por separado, pero por regla general se debe hacer la extracción de ambos caninos en una sesión.

TECNICA OPERATORIA.

I.- INCISION.

La única incisión recomendable en el caso de caninos bilaterales, es el desprendimiento del colgajo palatino, separando la fibromucosa del cuello de los dientes, desde distal del segundo premolar y al premolar del lado opuesto.

II.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

Se efectúa con una espátula de Freer o con el periostómo y la misma técnica que para la retención unilateral.

El colgajo se mantiene inmóvil, sujetándolo al segundo molar del lado correspondiente a nuestra operación.

III.- OSTEOTOMIA.

Se realizará como en la retención unilateral, procurando descubrir perfectamente la corona del diente.

IV.- EXTRACCION.

La extracción se hará por medio de la odontosección, posteriormente con la técnica ya mencionada se hace la extracción de la porción radicular.

V.- LIMPIEZA DE LA CAVIDAD OSEA.

Una vez extraídos ambos dientes con una cucharilla se eliminan los sacos pericoronarios, los restos óseos o dentarios que pudieran quedar, así como los restos de tejidos blan-

dos; los bordes óseos se alisan con limas para hueso.

VI.- SUTURA.

Una vez que se ha limpiado la cavidad ósea el colgajo se coloca a su posición natural donde se le hará compresión con una gasa estéril y se sutura colocando puntos en cada papila interdientaria.

b) Retención de los caninos en posición vestibular y palatina.

Este tipo de retención es poco frecuente, pero suele presentarse en el caso de retención unilateral.

TECNICA OPERATORIA.

I.- INCISION.

En estos casos se utiliza la incisión de Partch o de semiluna, ya que esta nos brinda la visión necesaria de acuerdo a la posición de la raíz.

II.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

Se práctica bajo las mismas normas que los anteriores --
(vestibular)

III.- OSTEOTOMIA.

Se realizará con fresas quirúrgicas o con un cincel, siguiendo el contorno de la raíz.

IV.- EXTRACCION.

Una vez descubierta la porción radicular, procederemos - al seccionamiento de la misma, por lo cual utilizaremos un cin- cel filoso, o bien una fresa quirúrgica; si se usa el cincel,- el golpe se dirige hacia arriba para evitar el traumatismo de- las raíces vecinas.

La extracción de la raíz se logra luxandola.

La extracción también se realiza con forceps de bocados- rectos para desprenderla de su lecho.

El siguiente paso es hacer un colgajo palatino con eleva- ción del mucoperiostio. Esta técnica es igual que si se trata- ra de intervención por vía palatina exclusivamente.

La osteotomía se efectua una vez que se ha fijado el col- gajo, consiste en descubrir la corona del diente retenido, la exposición puede facilitarse y puede suceder que al levantar - el colgajo la corona esté descubierta.

La corona se extrae colocando un instrumento como en con- tacto con el extremo radicular de la corona, a través de la ca- vidad vestibular y se golpea con un martillo, sacando la coro- na de su sitio.

V.- LIMPIEZA DE LA CAVIDAD OSEA.

Aunque los accesos fueron palatino y vestibular, solo -- queda una cavidad, se retirará el saco pericoronario, restos -

oseos, dentarios y de tejidos blandos, en caso de estar presentes.

VI.- SUTURA.

Se colocan los colgajos en su lugar y se presionan con una gasa estéril y se procede a suturar con 2 o 3 puntos por vestibular y 4 o 5 por palatino según haya sido la magnitud del corte y la necesidad del caso.

c) Extracción de caninos retenidos en maxilares desdentados.

La vía de elección para la extracción de caninos en maxilares sin dientes es la vestibular.

La ausencia de dientes facilita el problema; prácticamente todos los casos pueden resolverse por esta vía a no ser los que estén alojados muy profundamente lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda.

Para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada, deben proveerse los riesgos de fractura de porciones de la tabla vestibular, lo cual acarrearía trastornos posteriores desde el punto de vista protético, es preferible seccionar el diente que ejerce presiones peligrosas.

TECNICA QUIRURGICA.

La incisión va a depender de la localización del diente retenido, por lo tanto podrá ser una incisión de Partsch o

de semiluna, en caso de ser una intervención por acceso vestibular.

También puede llegar a usarse la incisión de Newmann, si guiendo el corte del borde alveolar.

El desprendimiento se hará con las mismas técnicas ya -- descritas, eliminando el hueso que sea necesario.

Para la extracción se requiere el seccionamiento del --- diente retenido y así evitar los traumas y accidentes; la eliminación de la corona y porción radicular, se hace por medio - de las técnicas ya descritas.

Se realizará la debida asepsia y haremos una regularización del tejido óseo, ya que en el futuro recibirá una próte-- sis.

La limpieza de la cavidad también se hará en la misma -- forma que en las técnicas descritas anteriormente.

Por último se procede a suturar.

d) Extracción de caninos en retención vertical.

La incisión aconsejable es la de Partsch para levantar el colgajo en forma semicircular; al levantar el colgajo se descubrirá parte de la corona o toda ella, cuando existe una capa ósea es por regla general muy delgada y por lo tanto su eliminación es fácil y se -

realiza con osteotómo fino.

Una vez que se ha descubierto la corona se introduce un elevador recto en la cara palatina, el diente se luxa y en ocasiones logra salir de su alveolo, cuando no sale así, se utiliza un forceps de bocado recto para que con movimientos leves de vestibular a palatino y viceversa, se haga la extracción del diente por vestibular.

Una vez extraído el diente, se liman los bordes óseos, se limpia la cavidad ósea y se vuelve a su lugar el colgajo suturándolo.

POSIBLES COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS Y SU TRATAMIENTO.

1.- COMPLICACIONES DE ANESTESIA.

Complicaciones locales.

Anestesia prolongada.

La mayoría de los casos de anestesia prolongada se deben a soluciones contaminadas con alcohol u otros medios esterilizantes.

Sin embargo, no todos los casos de anestesia prolongada se deben a las soluciones usadas.

Las causas más probables asociada a la insercción de la-
aguja, es la hemorragia en la vaina neural que origina presión
y anestesia subsiguiente. La hemorragia subsiguiente es reab-
sorbida muy lentamente por la pobre circulación en la zona. --
Esta presión prolongada puede en muchos casos llevar a una de-
generación en las fibras nerviosas; el trauma y la inflamación
en la proximidad de un nervio puede producir transformaciones-
que causen una disminución de la sensibilidad.

Anestesia incompleta.

Esto puede ser resultado de anestesia mal colocada en un
músculo o tendón a distancia considerable del nervio.

La infección y la hiperemia son también factores que dis-
minuyen la concentración eficaz del anestésico, la falta de --
vasopresor puede dar como resultado la dispersión rápida de la

anestesia; dolor y trismus, pueden ser el resultado de la inyección muscular.

ISQUEMIA O NECROSIS TISULAR.

Este efecto se produce al inyectar demasiado líquido en tejidos confinados, el resultado es daño tisular local, este puede variar desde isquemia hasta necrosis tisular.

Los tejidos fijos al paladar son especialmente vulnerables a cantidades excesivas de anestésicos.

INFECCION.

Se presenta acompañada de inflamación y de dolor, la zona de la inserción de la aguja deberá ser limpiada y pintada con una solución antiséptica adecuada.

Deberá procederse con cuidado y no tocar la aguja con ningún objeto antes de la inyección. Debemos evitar inserciones múltiples de la aguja, las infecciones postoperatorias -- pueden exigir la utilización de antibióticos y la sedación, si está indicada.

Fenómenos eruptivos: Cualquier indicio de ronchas, ampollas, zonas eritomasas y prurito, deberá alertar inmediatamente al operador sobre la posibilidad de una reacción alérgica a la droga que se está empleando. Este agente deberá ser -

suspendido inmediatamente.

Deberán administrarse antihistaminicos, adrenalina y oxígeno inmediatamente si son necesarias.

Agujas rotas: La ruptura de agujas es una de las complicaciones más enojosas y deprimentes de la anestesia local, también es una de las más fáciles de evitar.

Para evitar la posibilidad de que se rompa la aguja, deben observarse los siguientes principios:

- 1.- No intentar vencer la resistencia con la aguja; éstas no son para penetrar hueso, la menor resistencia a de ser advertencia para terminar la insercción.
- 2.- No intentar cambiar la dirección de la aguja mientras está adentro del tejido, siempre se retira la aguja hasta abajo de las capas submucosas y luego se cambia la dirección.
- 3.- No use una aguja de calibre demasiado reducido.
- 4.- No utilice agujas reesterilizables; el mejor medio de asegurar estabilidad y filo de las agujas es usando nuevas.
- 5.- No intentar hacer inyecciones si no está seguro de las técnicas empleadas por la anatomía de la zona.

6.- No insertar la aguja tanto que desaparesca en el te
jido.

7.- No sorprenda al paciente con una súbita e inesperada inserción de la aguja.

HEMATOMA.

El hematoma es una complicación común de la anestesia regional intraoral, está generalmente asociada al bloqueo cigomático e infraorbitario.

Es una efusión de sangre en los tejidos circundantes como resultado de la ruptura de un vaso. Generalmente la puncción no traumática de una vena no producirá hematoma, la mayoría de los hematomas son resultado de una técnica impropia.

Generalmente los hematomas a consecuencia de la inserción de la aguja no tiene más secuela que inconveniente para el paciente. Se absorven a su debido tiempo con pequeño efecto residual que se manifiesta por una decoloración de la piel que puede persistir unos días.

No se debe intentar aspirar o intentar la normal absorción de la sangre en los tejidos; se debe decir al paciente lo sucedido y explicarle que no tiene importancia.

TRISMUS.

El trismus es una complicación común de la analgesia o anestesia regional, especialmente después de bloqueos del nervio alveolar inferior.

La causa más común de trismus es el trauma a un músculo - durante la inserción de la aguja, las soluciones irritantes, la hemorragia o una infección en el músculo pueden también causar distintos grados de trismus.

El tratamiento dependerá de la causa del trismus, el estado a consecuencia del trauma puede requerir ejercicios ligeros- y terapia con drogas para aliviar el dolor si es intenso.

La hemorragia o infección ligera puede requerir buches calientes y tiempo. El uso de los antibióticos depende del estado del individuo y de la intensidad de la infección; en la mayoría de los casos no se necesita tratamiento porque el estado se corrige solo.

Puede impedirse la trismus usando agujas afiladas y esterilizadas.

COMPLICACIONES GENERALES.

1.- Sobre-dosis tóxica: La reacción a una sobre-dosis tóxica es bifásica. La primera fase consiste en una estimulación del sistema nervioso central, el grado de depresión es gradualmente proporcional al grado de estimulación.

La estimulación del sistema nervioso consiste en síntomas de corta duración como son: angustia, excitación, taquicardia y-

también reacciones más graves como son: náuseas, vómito y convulsiones.

El tratamiento primario para las convulsiones es oxigenar al paciente. Se administrará con precaución, ya que la presión excesiva puede pasar aire al estómago y provocar el vómito que puede tener un ph bajo ácido y causar graves daños a los pulmones, ocasionando un paro respiratorio.

La administración de los barbitúricos para controlar las convulsiones serán investigadas pues existen varias desventajas con su administración ya que son administrados por vía intravenosa y mientras se realiza la infusión, el paciente puede tener las convulsiones, haciendo difícil la operación aún en manos -- expertas.

Otra desventaja es que los barbitúricos deprimen la respiración y la función del miocardio.

Hipersensibilidad o Idiosincracia.

La Hipersensibilidad o reacciones anafiláctoides o alérgicas a los anestésicos locales son raras pero graves, los signos alérgicos son manifestados por respiración asmática urticaria, ronchas sobre la piel, angiodema y vasodilatación con eritema.

El tratamiento deberá llevarse a cabo inmediatamente, administrando adrenalina, que es el medicamento preferido en este tipo de reacciones. La dosificación en el adulto variará de 0.3 a-

1 mg. (0.3 a 1 ml. de una solución al 1:1 000) por vía subcutánea o intramuscular. En todas las reacciones graves se colocará una cánula en la vena para permitir el rápido uso de medicamentos y el manejo de líquidos; el oxígeno bajo presión, deberá administrarse con respiración ayudada. Los antihistaminicos (difenhidramina, 50 mg.), por vía intravenosa o intramuscular; generalmente se recomienda los esteroides corticales como la hidrocortisona (Solu-Cortef) 100mg. por vía venosa o intramuscular, debido a su efecto vascular periférico, se necesitará de ayuda profesional sobre el tratamiento ulterior del paciente.

2.- Fractura de la pieza dentaria.

Los dientes fracturados generalmente originan un dolor difuso difícil de localizar, la mayoría de las veces no se localiza la línea de separación, por lo cual no es fácil llegar al diagnóstico.

A causa del traumatismo producido por la fractura, se producen desgarros de la encía, se desplazan esquirlas óseas, sobre todo en la boca del alveolo situándose también trozos del diente; la encía desgarrada y el periostio lesionado producen una hemorragia abundante que oscurece el campo operatorio.

Para realizar la extracción del diente fracturado, se eliminarán las esquirlas óseas y el diente, se lava bien y se cohibe la hemorragia para tener un buen campo operatorio y así facilitar la extracción.

3.- Fractura del hueso alveolar.

El hueso alveolar suele fracturarse durante la intervención quirúrgica, algunas veces sale adherido al diente, pero también puede quedar dentro de la herida.

Cuando sale junto con el diente, no existirá mayor problema y únicamente se deberán alisar los bordes óseos para evitar las asperesas.

Cuando el trozo fracturado queda dentro de la herida, existen dos tratamientos posibles, si el fragmento es pequeño y si ha sido separado del periostio, es necesario extraerlo y tratar por separado la cavidad, pero si el fragmento es grande y se mantiene fijo al periostio, debe ser colocado en su lugar mediante presión digital y fijado por sutura a los tejidos blandos adyacentes y un control radiográfico, si esto no funciona, se hará osteosíntesis.

4.- Fractura de la pieza adyacente.

En el acto quirúrgico de un diente incluido, es posible -- causar una fractura u otra lesión en el tercio apical de las raíces de dientes adyacentes.

Si el tercio apical de la raíz está fracturado y no hay un desplazamiento o movilidad significativos en el diente incluido, deberá extraerse el ápice radicular fracturado. El diente posteriormente deberá ser examinado periódicamente buscando movilidad dolor a la percusión, vitalidad y cambios radiográficos.

Si la fractura se realiza en la corona del diente vecino, entonces se procederá a restaurarla, en el caso en que la fractura sea muy grande, solamente se pondrá una curación provisional y se restaurará posteriormente.

5.- Lesión de los tejidos blandos.

La lesión de los tejidos blandos adyacentes, se produce como consecuencia de un mal manejo de los instrumentos durante el tratamiento quirúrgico, las lesiones más frecuentes consisten en laceraciones y desgarres de la mucosa.

6.- Hemorragia.

La hemorragia se ocasiona por varias causas, en ocasiones se observa hemorragia ósea profunda, ésto puede deberse por la ruptura de alguna arteria; en este caso se procede a taponar con gel-foam.

7.- Fractura del instrumental empleado en la exodoncia.

Se puede presentar por ejercer demasiada fuerza en el instrumento, el cual se puede fracturar o incrustar en el fondo del alvéolo.

8.- Fractura de la tuberosidad.

Este accidente se presenta cuando se ejerce demasiada fuerza al querer extraer el tercer molar superior, desprendiéndose con una parte del maxilar; el tratamiento sería regularizar el hueso y en el caso que exista comunicación sinusal, se procederá a taponar con gel-foam y suturar.

9.- Fractura del maxilar inferior.

No es muy frecuente, se presenta por aplicar fuerza exage-

rada, pero en caso que se presente, se procede a tomar una radiografía para ubicar la fractura y valorar si es necesario su reducción y fijación.

10.- Perforación de la tabla vestibular o palatina.

En ocasiones se puede presentar que una de las raíces del molar retenido superior atraviese la tabla ósea en cuyo caso es recomendable realizar la extracción por vestibular o en paladar.

11.- Penetración total del tercer molar superior en el seno maxilar.

Es poco frecuente, en el caso que se presente se tendrá -- que remitir con el cirujano maxilofacial.

12.- Luxación del maxilar inferior.

La luxación se refiere a la salida del cóndilo de la cavidad glenoidea, puede ser unilateral o bilateral.

El tratamiento a realizar será volver a su lugar el maxilar inferior, lo cual se logrará con la siguiente maniobra: se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada dentaria del maxilar inferior, con los dedos restantes se sostiene el maxilar, se efectuarán dos movimientos, el primero es hacia abajo y el otro hacia arriba y atrás, obteniendo la relación normal del maxilar con la cavidad glenoidea.

13.- Lesión de los troncos nerviosos.

Estas lesiones pueden presentarse en los nervios superiores e inferiores principalmente en palatino anterior, dentario inferior o mentoniano.

Esta lesión puede consistir en sección, aplastamiento o desgarramiento del nervio, resultando una neuritis, neuralgia o anestesia en zonas diversas.

En la lesión de cualquier nervio ya sea por corte o compresión, da por resultado una insensibilidad prolongada o pariestesia de la zona irrigada.

En el caso de descubrirse el nervio, debe preverse la contingencia de la lesión aplicando un colgajo con sutura sobre la parte descubierta.

Cuando hay compresión del nervio por raíces o fragmentos óseos desplazados, suturas y cuerpos extraños, puede comprometer el tratamiento, se debe eliminar éstos obstáculos para evitar una regeneración anormal.

En el caso de desunión, se debe cortar y suturar el segmento lesionado.

14.- Desplazamiento de restos dentarios o integrados a la fosa pterigomaxilar.

Este accidente ocurre porque en esta zona el hueso es muy esponjoso y la formación radicular está generalmente fu cionada por lo tanto se debe valorar las radiografías para evitar este accidente.

POSTOPERATORIO.

El tratamiento postoperatorio es la fase más importante de nuestro trabajo, entendiéndose por tratamiento postoperatorio al conjunto de maniobras que se realizan después de la operación, con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud del paciente.

El tratamiento postoperatorio es sintomático, los pacientes deben de volver a la consulta al día siguiente y después de dos o tres días no debe darseles de alta hasta que las heridas han cicatrizado.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

Como complicaciones postoperatorias, mencionaremos la hemorragia, hematoma, alveolitis que son las más frecuentes.

HEMORRAGIA.

Se presenta por un rezumamiento capilar persistente, en cuyo caso se le indicará al paciente que comprima una gasa hasta que cese la hemorragia.

HEMATOMA.

Otro accidente postoperatorio que se puede presentar el cual consiste en la difusión de la sangre, siguiendo planos musculares o a favor de la menor resistencia que le oponen los tejidos.

dos vecinos del lugar de donde se efectuó la operación.

Este hematoma se caracteriza por un aumento de volumen del sitio operado y un cambio del color de la piel vecina. El cambio del color de la piel puede durar de 8 a 9 días pero la colección sanguínea en si, puede infectarse produciendo dolor local, rubor, fiebre intensa.

Su tratamiento consiste en colocar una bolsa de hielo para disminuir la tensión y dolor, sulfamidaterapia y antibióticos.

ALVEOLITIS (alvéolo seco)

Una complicación frecuente que se presenta después de la extracción dental la alvéolitis, es decir la infección pútrida del alvéolo dentario, producida por la contaminación del área -- durante la extracción o por extracción del coágulo, permitiendo -- así la entrada de elementos extraños y bacterias al alvéolo.

Los síntomas clínicos son: dolor pulsátil intenso en el -- área y dolor irradiado. El hueso alveolar expuesto es de color -- café rojizo oscuro y es notable la halitosis, los tejidos blandos se encuentran rojos e inflamados y ocasionalmente presentan -- bordes necróticos.

El tratamiento de eliminar la infección y provocar la cicatrización la cual se logra por dos métodos.

El método conservador, se lava el alvéolo con solución -- fisiológica, posteriormente se coloca un apósito que contenga -- una droga para evitar crecimiento de bacterias.

El método radical consiste en eliminar todo tejido necrótico quirúrgicamente.

Otras infecciones que pueden presentarse después de la cirugía, a pesar de las condiciones antisépticas del campo operatorio; aparte del alveolitis que es el más frecuente, tenemos -- los abscesos, flemones, celulitis, etc.

INDICACIONES AL PACIENTE.

Informarle al paciente que el cuidado postoperatorio es de suma importancia después de la cirugía bucal y que la recuperación puede ser prolongada si esto se descuida, debemos anticiparle al paciente algo de inflamación, molestia y falta de movimiento, en caso de ser excesivo deberá llamar o regresar al consultorio para que se le atienda.

INDICACIONES PARA EL DIA DE LA OPERACION.

SANGRADO.

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

HINCHAZON.

- a) Aplicar una bolza de hielo sobre la región operada durante 10 minutos, cada media hora durante las primeras 6 u ocho horas.

DOLOR.

- a) Tomar tabletas recomendables.
- b) Descansar.

DIETA.

- a) Líquidos (jugos de preferencia)
- b) Alimentos blandos.
- c) Alimentos perfectamente hervidos y libres de gérmenes.

INDICACIONES PARA EL SEGUNDO DIA DESPUES DE LA EXTRACCION.

- a) Cepillarse los dientes suavemente.
- b) Utilizar enjuagues de agua hervida con media cucharadita de sal, a una temperatura media de 3 a 5 veces al día.
- c) Continuar tomando tabletas para el dolor en caso necesario.

Dar cita al paciente en el consultorio una semana después para eliminar los puntos de sutura.

MEDICACION.

En ocasiones es necesario medicar al paciente antes y después de la cirugía, para prevenir o eliminar infecciones, dolores, inflamaciones, hemorragias tras y postoperatorias, así como administrarles tranquilizantes a pacientes apesivos.

Para ésto nos valemos de antibióticos, analgésicos anti-inflamatorios, coagulantes y tranquilizantes en caso necesario.

En primer lugar hablaremos de antibióticos y los más usados en odontología.

ANTIBIOTICOS.

PENICILINA.

La penicilina se considera el más importante entre los antibióticos, si no fuera por su potencial alergénico sería el más seguro y útil de todos los antimicrobianos, porque la penicilina destruye a la mayoría de los estreptococos y otros microorganismos gram (+) con relativa facilidad.

Por su fijación proteica, su sensibilidad a los ácidos y los problemas de la penicilina a los ácidos y los problemas de la penicilinasas, se desarrollarán buenos análogos de la penicilina para resolver o atenuar al máximo los factores que la tornan débil o inútil.

La metecilina, la nafcilina, la oxacilina, la cloxacilina y la dicloxacilina, son productos sintéticos de la penicilina-

sa resistentes que se emplea con pacientes con infecciones esta filocóccicas rebeldes. Esta rama de la familia de la penicilina se fija mucho en el suero sanguíneo.

EJEMPLOS.

PEMPROCILINA. (Asociación antibiótica de penicilina G)

Presentación.-Frasco ampula contenido 400,000 U.

Frasco ampula contenido 800,000 U.

Indicaciones.-Infecciones causadas por organismos susceptibles a la penicilina.

Dosis.- Depende del grado de la infección y puede ser uno o dos por día. Por vía intramuscular, durante 3 o 4 días.

PEN-VI-K.- (Penicilina V potásica oral)

Presentación.-Caja con 20 tabletas de 250 mg. (400,000 U.)

Polvo para solución oral en frasco de 90 ml. Una vez reconstruída la fórmula cada 5 ml. contiene -- 125 mg. (200,000 U.)

Indicaciones.-Infecciones causadas por organismos susceptibles a la penicilina.

Contraindicaciones.-Personas hipersensibles a la penicilina.

Dosis.- Una tableta (250 mg. o 400,000 U.) cada 6 horas - por vía oral.

El polvo se administra una cucharada cada 6 horas por vía oral.

AMPICILINA.

Nueva penicilina semi-sintética de amplio espectro, es --- eficaz frente a los cocos (excepto los estafilococos, penicilina sa resistente), y muchos basilos gram (negativo), las manifestaciones tóxicas pueden ser graves o fatales como el shock anafiláctico y el edema de glotis o bien, lo suficientemente leves como para originar prurito, erupciones y urticaria.

EJEMPLOS.

PENTREXYL.- (ampicilina)

Presentación.-Caja con 6 tabletas de 1 gr.

Caja con 12 cápsulas de 500 mg.

Caja con 16 cápsulas de 250 mg.

Frasco de 60 ml. con suspensión equivalente a 125-mg. x 5 ml.

Frasco gotero de 15 ml. con equivalente a 100 mg.x 1 ml.

Frasco ampula con 1 gr. en 3.ml.

Frasco ampula con 500 mg. de 250 mg. y 125 mg. en 2 ml.

Indicaciones.-Abscesos dentarios , alveolitis.

Contraindicaciones.-Hipersensibilidad a la penicilina.

Dosis.- 1 gr. cada 6 u 8 horas.

Vía de Administración.- oral, intramuscular o intravenosa.

BINOTAL.- (Ampicilina)

Presentación.-Frasco con 12 cápsulas de 250 mg. y de 8 cápsulas de 500 mg.

Caja con 6 comprimidos de 1 gr.

Frasco con 1.5 gr. de ampicilina en polvo para -- preparar 60 ml. de suspensión. (una vez hecha la mezcla cada 5 ml. equivale a 125 mg.)

Frasco ampula de 250 mg. y de 500 mg.

Frasco ampula con 1 gr. y 2 gr.

Indicaciones.-Diversas infecciones bucales, extracciones infectadas y otras intervenciones quirúrgicas.

Contraindicaciones.-Hipersensibilidad a la penicilina.

No se debe administrar en personas sensibles a las cefalosporinas.

Dosis.- 1 gr. cada 6 u 8 horas.

CEFALOSPORINAS.

Se utilizan como sustitutos de la penicilina en pacientes alérgicos, en infecciones graves, su desventaja debe aplicarse por lo menos 4 veces al día para que sea eficaz, pero -- actualmente existe la cefaloglicina (Kafocin) para uso bucal.

EJEMPLOS.

CEPOREX. (Cefalexina glaxo de amplio espectro)

Presentación.-Con 12 cápsulas de 250 y 500 mg.

Frasco con 125 y 250 mg.

Indicaciones.-

Infecciones bacterianas de tejidos blandos debidas a microorganismos susceptibles.

Contraindicaciones.-Hipersensibilidad a la cefalospirina.

Dosis.- Varía de 1 a 4 gr al día, dividida en 3 a 4 tomas.

Vía de Administración.-Oral

KLEFIN.- (Cefalotina sódica)

Presentación.-Frasco ampula de 1 gr. y ampolleta de 4 ml. de diluyente.

Contraindicaciones.-Hipersensibilidad a las cefalosporinas.

Indicaciones.-Tratamiento de infecciones graves.

Dosis.- Varía de 500 mg. a 1 g. cada 4 a 6 horas.

ERITROMICINA.

Son más eficaces sobre los gérmenes gram (+) en ocasiones produce fenómenos de resistencia bacteriana o de hipersensibilidad, casi no existe toxicidad, a veces causa diarrea y signos leves de irritación gastrointestinal.

EJEMPLOS.

ILOSONE.- (espectro medio).

Presentación.-Frasco con 12 cápsulas de 250 mg. y de 8 tabletas de 500 mg.

Frasco de 100 ml. de suspensión 150 mg. por cada 5 ml.

Frasco con 60 ml. de suspensión con 250 mg. x cada 5 ml.

Frasco con 10 ml. de polvo para suspensión (gotas), - con 100 mg. x cada ml.

Indicaciones. Infecciones causadas por microorganismos sencibles a la eritromicina y en pacientes alergicos a la penicilina.

Contraindicaciones.- Hipersensibilidad al medicamento.

ESTROMICIN.

Presentación. Caja con 12 cápsulas de 250 mg.

Frasco con 60 ml. de suspensión con 125 mg. x cada 5-ml.

Indicaciones. Infecciones causadas por microorganismos sencibles a la eritromicina, pacientes alérgicos a la penicilina.

Contraindicaciones.- Pacientes con disfunción hepática o hipersensibilidad al medicamento.

Dosis.- 1 a 2 gr. x día, dividida en 4 tomas dependiendo de la gravedad del caso.

LINCOMICINA.

Es un antibiótico que actúa como bactericida frente a los gérmenes patógenos gram (+) es eficaz a las infecciones debidas a neumococos estreptococos, estreptococo piógeno, mitis y aureus, - es eficaz en infecciones estafilococcicas de cepas, suceptibles, - no es tan eficaz como la penicilina, tiene un alto grado en la --

osteomielitis crónica; es por su especial afinidad por el tejido óseo pues exhibe una acrecentada actividad actimicrobiana, cuando se haya en estructura ósea.

Las manifestaciones tóxicas más frecuentes son: trastornos gastrointestinales (náuseas, diarrea, cólicos) y la superinfecciones; no se conocen reacciones graves de hipersensibilidad.

EJEMPLOS.

LINCOSIN.

Presentación.-Frasco ampula con 2 ml. con 600 mg.

Frasco con 16 cápsulas de 500 mg.

Frasco con 80 ml. con 250 mg. x cada 5 ml.

Indicaciones.-Infecciones causadas por gérmenes gram (+), osteomielitis, celulitis.

Contraindicaciones.-Infecciones por hongos recién nacidos, pacientes con enfermedades renales y con reumatismo articular agudo, hipersensibilidad a la droga.

Dosis.- Dependiendo de la gravedad de la infección por vía intramuscular de 600 mg. 1.2 gr. diarios.

Vía de Administración.-Por vía oral de 1.5 a 2 gr. al día, divididos de 3 a 4 tomas.

ANALGESICOS.

Se conocen con este nombre a los medicamentos que alivian al dolor sin abolir la conciencia.

Se dividen en dos categorías: los que producen adicción y los que no producen adicción. En odontología se utilizan estos últimos.

Los analgésicos actúan también como antipiréticos y anti-inflamatorios al mismo tiempo.

EJEMPLOS.

WINASORB.- (Acetaminofén, analgésico y antipirético).

Presentación.-Caja de 24 y 60 tabletas de 500mg.

Caja de 24 y 60 tabletas infantiles.

Frasco de 15 ml. con 60 mg. cada 6 ml.

Indicaciones.-En todo tipo de dolor y aumento en la temperatura.

Contraindicaciones.-Hipersensibilidad a la sal.

Dosis.- 1 o 2 tabletas cada 3 o 4 horas al día.

Vía de Administración.-Oral.

Se conocen otros tipos de medicamentos analgésicos como son el ponstan, mecoten, neomelubrina, prodolina, magnopirol, conmel.

ANTIINFLAMATORIOS.

Impiden la formación de exudado al antagonizar los medica

mentos químicos responsables del proceso inflamatorio, además de su característica principal actúan como analgésicos y antiinflamatorios.

EJEMPLOS.

TANDERIL.-

Presentación.-Caja con 30 grajeas de 100mg.

Caja con 5 supositorios de 250 y 100 mg.

Indicaciones.-En procesos inflamatorios.

Contraindicaciones.-En úlceras gastroduodenal, leucopenia, diátesis hemorrágicas, hipersensibilidad a los derivados pirazolónicos. Hay que tener precaución en los trastornos renales, hepáticos insuficiencia hepática, nefritis, glomerulo nefritis y en trastornos cardiacos.

Dosis.- 1 a 2 grajeas 3 veces al día, vía oral.

1 a 3 supositorios de 250 mg. al día, vía rectal.

Se conocen otros tipos de antiinflamatorios como el Flanax, etc.

TRANQUILIZANTES.

Estos medicamentos modifican trastornos de conducta, suprimen la ansiedad, en dosis que no alcance a ser profundamente hipnóticas.

Se administran en pacientes con estrés emocional antes de cualquier intervención odontológica.

EJEMPLO.

LIBRIUM.- (Clordiazepóxido)

Presentación.-Frasco de 20 y 90 cápsulas de 10 mg.

Frasco con 25 y 90 grageas de 5 mg.

Frasco con 20 grageas de 25 mg.

Ampolletas de 100mg. por Vía intramuscular

Indicaciones.-Estabilizar las reacciones emotivas.

Contraindicaciones.-Miastenia grave, estado de shock, glaucoma, pacientes embarazadas.

Dosis.- Casos graves 50-100 mg. I.M. o I.V. sin exceder de 600mg. en 24 horas.

VALIUM (diazepam).

Presentación.-Frasco con 25 y 90 comprimidos de 2 mg. y 5 mg.

Frasco con 20 y 90 comprimidos de 10 mg.

Frasco con 100 ml. de jarabe con 2 mg. con cada 5 ml.

Indicaciones.-En caso de ansiedad y tensión graves, excitación nerviosa irratibilidad exagerada, hipocondria y depresión.

Contraindicaciones.-Insuficiencia hepática, renal, discracias sanguíneas, embarazo, personas que manejan vehículo, personas hipersensibles a la sustancia.

Dosis.- Dependiendo del paciente, va de 2 a 10 mg. por día en casos leves, y 10 a 30 mg. al día en caso de excitación, agitación y tensión.

COAGULANTES.

A los pacientes con problemas en la coagulación, se deben de tratar con medidas de hemostasis mecánica y tóxica y bajo -- control durante 6 u 8 horas, después de la operación.

Los pacientes que estén en tratamiento con anticoagulantes se pueden antagonizar con vitamina K, siendo necesaria la con-- sulta previa con el médico.

En caso de hemorragia exesiva se empleará celulosa regenerada y oxidada (surgicel).

EJEMPLO.

HEMOSIS.K.- (Sulfonzio sódico de adrenocromo monosemicarbazona- y vitamina K)

Presentación. Caja con 20 tabletas de 25 mg. de sulfonato y 5 mg. de vitamina K.

Frasco de 120 ml. cada 100 ml. contienen 100 mg. de sulfonato y 30 mg. de vitamina K.

Caja con 3 frascos ampula de 5 ml. o sea 10 mg. de sulfonato y ampolleta de 2 ml. o sea 10 mg. de vitamina K.I.M.

Indicaciones. Prevención y tratamiento de hemorragias en capa de pre, trans y posoperatoria, hemorragias espontá-- neas, epistaxis, hematomas, hemorragias de los -- diabéticos, hemorragias cerebrales.

Contraindicaciones.-Pacientes propensos a tromboflebitis y flebotrombosis.

Dosis.- 75 a 150 mg. diarios, divididos en 3 a 4 dosis. En casos severos 2 frascos; ampula cada ocho horas I.M., I.V. o venoclisis.

Dosis de sostén 6 tabletas diarias repartidas en 3 tomas. Preventivo en pacientes hipertensos o arterioescleróticos, 3 tabletas o 6 cucharadas de jarabe al día.

Se encuentran en el mercado otros productos coagulantes, - podemos mencionar el KónaKion (vitamina K.1 fitomenadiona sintética). Se presenta en ampolletas 1 mg. y de 10 mg., frasco con 10 grageas masticables de 10 mg.

CONCLUSIONES.

Debemos ampliar el campo de nuestros conocimientos, estar al día con los avances y descubrimientos de la ciencia, lo quedará como resultado un programa de tratamientos efectivos logrando el éxito deseado; ya que la cirugía ocupa en nuestros días un lugar importante dentro de la odontología.

Todos los tiempos operatorios deberán efectuarse en el orden establecido, la experiencia y la práctica nos dirá si es conveniente o no realizar la odontosección en nuestro tratamiento.

Los cuidados postoperatorios son la verdadera importancia puesto que la labor del cirujano dentista no termina hasta que el paciente se encuentra totalmente restablecido. Hoy por hoy creemos que la extracción del diente retenido se hace antes de la aparición de los trastornos que éste produzca, por lo que es la conducta inteligente a seguir.

El Odontólogo deberá estar en contacto con el Médico de Cabecera del paciente con el fin de evitar posibles trastornos o dificultades.

Es importante para realizar cualquier técnica quirúrgica tener al alcance todo el instrumental adecuado así como equipo de primeros auxilios.

P

Se deberá requerir de gente capacitada para este tipo de intervenciones, ya que no es conveniente realizarla sola.

Debemos tener presente que existen especialistas en cirugía bucal así como en ortodoncia, prostodoncia etc. y es conveniente estar en contacto con ellos.

BILIOGRAFIA.

- 1.- Ries Centeno, Guillermo A. CIRUGIA BUCAL. Ed. El Ateneo.
8a. Ed. 1979.
- 2.- Dr. Kruger, Gustavo. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. Ed. Inter
americana. 1978. 4a. Ed.
- 3.- Dr. Rey García, Manuel. TECNICAS QUIRURGICAS. Fac. de --
Odontología. U.N.A.M. 1980. 1ra. Ed.
- 4.- Dr. W. Harry, Archer. CIRUGIA BUCAL ATLAS PASO POR PASO -
DE TECNICAS OPERATORIAS. Vol.I. Ed. Mundi. 1978
- 5.- Dr. Goodman, Louis, Alfred Gilman. BASES FARMACOLOGICAS -
DE LA TERAPEUTICA. Ed. Interamericana. 1974. 4a. Ed.
- 6.- Dr. Richard Bennet. ANESTESIA LOCAL Y CONTROL EN LA PRAC
TICA ODONTOLOGICA.