



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Cirugía de Terceros Molares Superiores Retenidos

T E S I S

Que para obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

JOSE FELIPE CASTAÑEDA LOZA



MEXICO, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E
CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES
SUPERIORES RETENIDOS.

A) INTRODUCCION.

TEMA I Anatomía de la Región del tercer molar.

a) Definición.

b) Causas de retención:

- Causas locales

- Causas sistemáticas.

c) Clasificación.

TEMA II Cuidados Preoperatorios.

A) Historia clínica.

B) Estudio radiográfico.

C) Anestesia.

TEMA III

Instrumental.

TEMA IV

Técnica Quirúrgica.

TEMA V

Postoperatorio.

TEMA VI

Conclusiones.

TEMA VII

Bibliografía.

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

El tercer molar su-perior retenido, es un tema de una — indudable importancia; el cual debe ser estudiado de una manera sistemática y precisa. Ya que es uno de los padecimientos más frecuentes, que se llegan a presentar en la práctica diaria.

Para su eliminación; por lo regular deberá ser por medios quirúrgicos, ya que es una tarea difícil y complicada, por el — nivel en que se encuentran ubicados; y que a su vez se conjugan con una serie de factores para realizar esta cirugía bucal.

Estos factores se refieren a su ubicación, pues son de difícil acceso, iluminación, visión, aunadas éstas a la dureza — y a su poca elasticidad del hueso; así como también el fluido — de la saliva y la sangre que hacen que el cirujano, no tenga — una buena visión de el campo operatorio; que a su vez, van a — dificultar dicha intervención.

Esta tesis, que se presenta al Honorable Jurado, trata de explicar las bases principales, para poder realizar una buena — cirugía en la eliminación de dichos Terceros Molares Superiores Retenidos.

TEMA I

ANATOMIA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR.

HUESO MALAR.

Forma el esqueleto del pómulo, y está ubicado entre el maxilar superior, el frontal, el ala mayor del esfenoides y la escama del temporal. De forma cuadrangular, se puede distinguir en él, dos caras, cuatro bordes y cuatro ángulos.

La cara externa es lisa convexa y sirve de inserción a los músculos cigomáticos.

El borde anterosuperior, es cóncavo y forma el borde — externo y parte del inferior de la base de la órbita.

De él se desprende una lámina ósea dirigida hacia atrás, cuya cara superior, cóncava, constituye parte de la órbita; — mientras la inferior forma parte de la fosa temporal con el — nombre de canal retromolar. Recibe esta lámina el nombre de apófisis orbitaria, y presenta un borde libre y dentado, por el cual se articula el maxilar superior y el ala mayor del — esfenoides.

El borde posterosuperior, forma parte de el límite de la fosa temporal, y está constituido, por una parte horizontal, que se continúa con el borde superior de la apófisis cigomática y otra vertical; en forma S alargada, donde se encuentra la aponeurosis temporal.

El borde anteroinferior, es también rectilíneo, grueso y — rugoso; articulándose ya en el ángulo posterior, con la extre — midad anterior de la apófisis cigomática y sirve de inserción el músculo masetero.

Los ángulos son todos más o menos dentados, articulándose el superior con la apófisis orbitaria externa del frontal; el posterior, con la apófisis cigomática; y el inferior y anterior con la apófisis piramidal del maxilar superior.

ESTRUCTURA.

Está formado el hueso molar por tejido compacto en la periferia y esponjoso en el centro. Aparece atravesado por un conducto en forma Y, que naciendo en la parte superior de la apófisis orbitaria, se divide ya en el hueso, en dos ramas: una de las cuales, va a abrirse en la cara externa; en tanto la otra termina en la cara de el temporal. Este conducto, llamado: conducto malar, es recorrido por una rama nerviosa procedente de la rama orbitaria del maxilar superior.

MUSCULOS.

BUJINADOR:

Se extiende desde ambas mandíbulas, a la comisura de los labios y constituye la pared lateral de la cavidad bucal (región de los carrillos o región geniana).

INSERCIONES.

Por atrás, se inserta en la parte posterior del reborde alveolar de los dos maxilares, en la parte correspondiente a los tres últimos molares, en el ligamento pterigomaxilar y en el borde anterior de la rama ascendente; desde esos lugares, sus fibras convergen hacia la comisura de los labios y termina en la cara profunda de la piel.

RELACIONES.

Al nivel de su inserción posterior, el bucinador está en relación con el constrictor superior de la faringe, y se inserta en el mismo ligamento pterigomaxilar. En su posición comisural se relaciona con el orbicular de los labios, el canino, el triangular de los labios y el gran cigomático.

INERVACION.

Recibe ramas de los nervios temporofacial y cervicofacial; en cambio el nervio bucal, rama del maxilar inferior que lo atravieza, no interviene en su inervación motora, pues se trata de un nervio puramente sensitivo.

ACCION.

Por su contracción, estos músculos mueven hacia atrás las comisuras de los labios, ampliando el diametro transversal del orificio bucal. Por otro lado, cuando los carrillos se hallan distendidos, la contracción de los bucinadores los comprime — contra los arcos alveolares y por consiguiente, influyen los — movimientos de la masticación y el silbido.

CIGOMATICO MENOR.

Se extiende del hueso malar al labio superior.

INSERCIONES.

Por arriba se inserta en el hueso malar; se dirige luego hacia abajo y adelante para terminar en la cara profunda de la piel del labio superior, por fuera del elevador propio del mismo.

RELACIONES.

Se halla parcialmente cubierto en su origen por el orbicular de los párpados y la piel lo cubre con el resto de su extensión; su cara profunda está en relación con el hueso malar y los vasos faciales.

INERVACION.

Recibe filetes del temporofacial.

ACCION.

Desplaza hacia arriba y hacia afuera la parte media del labio superior.

CIGOMATICO MAYOR.

Como el anterior, se extiende del malar al labio superior.

INSERCIONES.

Por arriba, se fija sobre la cara externa del hueso malar, por fuera del anterior se dirige luego oblicuamente hacia abajo y adelante para terminar con la cara profunda de la piel de la comisura labial correspondiente.

RELACIONES.

Está cubierta, por una densa capa de grasa y por la piel, y a su vez cubre por su cara profunda aparte del masetero, del bucinador y de la vena facial.

INERVACION.

Recibe, como el anterior, filetes del temporofacial.

ACCION.

Desplaza hacia arriba y afuera de la comisura labial.

RISORIO DE SANTORINI.

Es el más superficial de los músculos de la pared lateral de la boca y se extiende de la región parotídea a la comisura labial.

INSERCIONES.

Por atrás, se inserta en el tejido celular que cubre a la región parotídea; después, sus fibras convergen hacia adelante y se fijan en la cara profunda de la piel de la comisura labial.

RELACIONES.

Su cara superficial está cubierta por la piel, en tanto que su cara profunda se halla en relación con la parotídea, con el masetero y con el bucinador.

INERVACION.

Recibe filetes del nervio cervicofacial.

ACCION.

Desplaza hacia atrás la comisura labial. Cuando se contraen los dos al mismo tiempo, producen la risa.

PTERIGOIDEO INTERNO.

Este músculo comienza en la apófisis pterigoidea y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

INSERCIONES.

Superiormente se inserta sobre la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides, en el fondo de la fosa pterigoidea, en parte de la cara externa del ala interna, y por medio de un fascículo bastante fuerte, denominado fascículo palatino de Juvara.

Desde estos lugares, sus fibras se dirigen hacia abajo, atrás y afuera para terminar merced a láminas tendinosas que se fijan en la porción interna del ángulo del maxilar inferior y sobre la cara interna de su rama ascendente. Sus fibras se prolongan a veces tan afuera sobre el borde del maxilar, que producen la impresión de unirse con las del masetero.

PTERIGOIDEO EXTERNO.

Se extiende de la apófisis pterigoides al cuello del condilo del maxilar inferior. Se halla dividido en dos haces, - uno superior o esfenoidea y otro inferior o pterigoideo.

INSERCIONES.

El haz superficial se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoidea, la cual constituye la bóveda de la fosa cigomática, así como en la cresta esfenotemporal.

RELACIONES.

Por arriba el pterigoideo externo se halla en relación con la bóveda de la fosa cigomática, con el nervio temporal profundo medio y con el maseterino.

INERVACION.

Recibe dos ramas nerviosas procedentes del bucal.

ACCION.

La contracción simultánea produce movimientos de proyección hacia delante del maxilar inferior.

VASOS SANGUINEOS.

ARTERIA Y VENA FACIAL.

Estos vasos cruzan el borde inferior del maxilar inferior, exactamente por delante de el músculo masetero. Las insi- ciones intrabucales hechas en este sitio podrían seccionar i- nadvertidamente estos vasos.

ARTERIA CORONARIA.

Esta arteria es tortuosa para poder acomodarse a la movi- lidad de los labios. Cruza a éstos horizontalmente desde los ángulos de la boca y queda cerca de la superficie mucosa, just- tamente dentro de la línea de cierre de los labios.

ARTERIA LINGUAL.

Las arterias linguales se introducen en la lengua por su base profundamente en el tejido de la misma.

PLEXO VENOSO PTERIGOIDEO.

Esta red formada por numerosas venas que se anastomozan entre si, está localizado arriba y detrás de la tuberosidad - de el maxilar superior.

ARTERIA Y VENA PALATINA SUPERIOR O DESCENDENTES.

Las arterias y las venas palatinas emergen desde los agu- jeros palatinos posteriores y avanzan hacia adelante, a cada

lado de el paladar , en el ángulo formado por la unión de el borde alveolar y el paladar óseo.

ARTERIA DEL TABIQUE.

Este vaso es una de las dos ramas terminales de la arteria esfenopalatina.

Se anastomozan con la arteria palatina superior, después de pasar hacia arriba por el conducto palatino anterior. La mucosa palatina anterior puede elevarse como un colgajo y los vasos pueden seccionarse transversalmente casi sin problema.

NERVIOS.

Los nervios craneales V (Trigémino), VII (Facial), IX (Glosofaríngeo) y X (vago). Tienen asociaciones especiales con la cavidad bucal. Los nervios: V y VII son de mayor importancia para el cirujano.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR Y SUS RAMAS.

El nervio maxilar superior, rama del V par, abandona el cráneo por el agujero redondo mayor y entra en la fosa pterigomaxilar. Aquí se divide en sus ramas principales. Una de éstas, el nervio esfenopalatino, dá lugar al nervio nasopalatino o esfenopalatino interno, que desciende sobre el tabique nasal para alcanzar el paladar a través del orificio superior del conducto palatino anterior. Esta pequeña rama va a la mucosa del paladar, por detrás de los incisivos, puede ser amputada durante la reflexión de un colgajo del paladar.

Los nervios palatinos se originan también en la fosa pterigomaxilar. Descienden en el canal pterigopalatino. El mayor de éstos nervios palatinos es el nervio palatino anterior, Alcanza la mucosa del paladar por el conducto palatino --

posterior y luego toma un curso a lo largo del paladar en el ángulo formado por el borde alveolar y el hueso de la boca. Este nervio inerva la mayor parte de la mucosa. Ya que cursa asociado a la arteria y a la vena palatina superiores, toda incisión que corta estos vasos probablemente seccionará también el nervio.

El nervio dental superior nace en el conducto suborbitario, a distancia algo variable del agujero suborbitario y también desciende a lo largo de las paredes de los senos maxilares, hacia el borde alveolar, donde se une a las fibras de los nervios dentales posteriores, para inervar los dientes del maxilar superior. Al salir del agujero suborbitario y pasara a la fosa canina, el nervio maxilar superior se divide en gran número de ramas terminales, que forman el ramillete suborbitario e inervan la región comprendida entre el párpado inferior y el labio superior.

El ramo orbitario se desprende de la cara superior del nervio maxilar superior inmediatamente después de su salida del agujero redondo mayor y al llegar a la altura del borde inferior del músculo recto externo se divide en los ramos lagrimopalpebral y temporomaxilar.

Ocasionalmente, una inyección de anestesia local en la parte alta de la fosa temporal, puede afectar al ramo temporomaxilar y producir adormecimiento de la región cigomática.

El Nervio Facial. El VII par craneal, el nervio facial tiene componentes motores, sensitivos y autónomos (parasimpáticos); la localización de las condiciones anormales, en el curso del VII par, de sus ramas y de su asociación con los pares VIII y X. La pérdida de la expresión facial que sigue a la inyección de anestésicos locales, a procedimientos quirúrgicos

gicos extrabucales y al traumatismo accidental, y asociada a la infección, no es necesariamente debida a sección del nervio o sus ramas, sino que puede resultar de la presión por edema o tejidos desplazados.

Los pares VII Y VIII salen del bulbo en la fosita supraolivar y continúan en estrecha asociación una corta distancia, hasta que el VII par se introduce en el conducto auditivo interno y luego en el conducto de falopio.

La rama superior o temporofacial se divide en los filetes temporales, frontales, palpebrales, nasales o suborbitarios y bucales superiores; la rama inferior o cervicofacial se divide en los filetes bucales inferiores, mentonianos y cervicales.

Todas las ramas salen de la glándula parótida en su superficie media y se dirigen a su destino entre la glándula y el músculo masetero.

El VII par conduce impulsos motores al occipital, a los músculos occipitales, cutáneo del cuello y del estribo, al estilo hioideo, al vientre posterior del digástrico a los músculos auriculares y a todos los demás músculos de la expresión facial.

La rama auriculotemporal del V par se acompaña de fibras vasomotoras simpáticas que recibe del ganglio cervical superior a través del plexo carotideo de los nervios simpáticos. El nervio auriculotemporal, acompaña a la rama superior del VII par en su distribución sobre la parte superior de la cara. La lesión de estos nervios producirá desnervación de las glándulas sudoríparas y de los vasos sanguíneos de la piel y pérdida de la sensibilidad en sentido distal a la lesión.

La inyección de anestésicos locales en estrecha proximidad a cualquiera de las ramas del nervio facial o la presión debida a edema asociado con traumatismo, infección o tratamiento quirúrgico, pueden resultar en parálisis de los músculos de la expresión facial, inervados por las ramificaciones nerviosas afectadas.

Tanto el plexo pterigoideo, como las arterias pequeñas pueden evitarse teniendo la punta de la aguja inmediata al hueso maxilar superior. De cualquier modo, en caso de que un vaso de este plexo se seccione, la extravasación de sangre ocurre en forma muy lenta y se extiende en un periodo de varias horas.

ARTERIAS Y VENA PALATINAS SUPERIORES O DESCENDENTES.

Las arterias y venas palatinas superiores emergen desde los agujeros palatinos posteriores y avanza hacia adelante, a cada lado del paladar en el ángulo formado por la unión del borde alveolar y el paladar óseo.

Las insicciones verticales en el paladar que se extienden desde el borde gingival, de los molares, puede lacerar estos vasos si los cortes miden más de 5 a 7 mm. de largo.

Es difícil pinzar y ligar estos vasos cuando han sido cortados accidentalmente.

I) Definición.

El termino: "Dientes retenidos", se emplea más bien para incluir a las piezas cuya erupción normal es impedida, por dientes adyacentes o hueso; dientes en mala posición, hacia lingual o vestibular con respecto al arco normal o en infraoclusión. Y dientes que no han erupcionado después de un tiempo normal de erupción.

También, se da el caso que un verdadero diente retenido pueda estar en mala posición y no haya podido erupcionar o lo haya hecho parcialmente.

CAUSAS DE RETENCION.

La explicación a causa de un diente retenido más lógica es, la reducción evolutiva gradual, del tamaño de los maxilares humanos. Todo esto dá por resultado la presencia de maxilares demasiado pequeños para la acomodación en su erupción de los terceros molares. Por consiguiente, basandose en dicha teoria se puede llegar a encontrar la ausencia congénita de estas piezas superiores o inferiores.

También se puede encontrar la presencia de dichos molares con una erupción rudimentaria en su lugar.

Pueden también otros dientes presentar ausencia congénita o malformaciones muy frecuentemente como los terceros molares.

a) CAUSAS LOCALES DE RETENCION.

Las causas principales de retención:
irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente, la densidad del hueso que lo cubre, inflamaciones crónicas, una membrana con mucosa muy densa, falta de espacio en el maxilar poco desarrollado, indebida retención de los dientes primarios, pérdida prematura de la dentición primaria, enfermedades adquiridas, tales como: necrosis; debido a infecciones o a abscesos por enfermedades exantemáticas en los niños.

b) CAUSAS SISTEMICAS.

-- A) Causas prenatales:

- 1) Herencia
- 2) Mezcla de razas.

-- B) Causas posnatales:

- 1) Raquitismo.
- 2) Anemia.
- 3) Sífilis congénita.
- 4) Tuberculosis.
- 5) Disendocrinas.
- 6) Desnutrición.

-- C) Condiciones raras:

- 1) Disostosis cleidocraneal.
- 2) Oxicefalia.
- 3) Progeria
- 4) Acondroplasia.
- 5) Paladar fisurado.

COMPLICACIONES Y SINTOMAS DE UN DIENTE RETENIDO.

Los dientes retenidos que no han erupcionado o que están en mala posición, pueden ser extraídos a consecuencia de la presencia de infecciones, reabsorción patológica de los dientes adyacentes y estructura ósea bloqueada; como se puede presentar en un quiste o tumor: dolor, fracturas y otras complicaciones.

INFECCIONES:

Entre las complicaciones que requieren la extracción de un diente retenido, pueden mencionarse las siguientes: pericoronitis infecciosa, abscesos alveolares crónicos o agudos, osteítis supurativa crónica, necrosis, osteomielitis.

DOLOR:

El dolor no solo puede presentarse en las zonas de distribución de los nervios interesados, sino también en los plexos nerviosos asociados y regiones más alejadas; a menudo el dolor puede presentarse en el oído.

El dolor que se presenta puede ser ligero y ser localizada en el área inmediata de el diente retenido. Puede ser grave y aún agudísimo e incluir todos los dientes superiores e inferiores ; en la zona afectada el oído y la zona pos auricular, cualquier parte atravesada por el nervio trigemino o aún toda la zona inervada por dicho nervio.

Esto incluye el dolor temporal. El dolor puede ser: intermitente, constante o periódico.

El dolor puede ser una neuralgia intermitente facial que simula un tic doloroso.

El tic doloroso se distingue porque el dolor es agudísimo, lancinante y súbito, como resultado del contacto con una zona esencial sobre la cara o labios.

FRACTURAS.

La frecuencia con que se producen las fracturas del maxilar inferior al nivel de zonas ocupadas por dientes retenidos , demuestra que estos son un factor de debilitamiento a causa del desplazamiento de hueso.

OTRAS COMPLICACIONES:

Los dientes retenidos son cuerpos en malposición, y como tales son fuentes potenciales de otras complicaciones, las cuales, aunque no raras, se encuentran con menor frecuencia que las ya mencionadas.

Estas pueden ser las siguientes:

- 1) Sonido tintinante, susurrante, zumbante, del oído.
- 2) Otitis.
- 3) Afecciones de los ojos tales como:
 - a) Disminución de la visión.
 - b) Ceguera.
 - c) Iritis.
 - d) Dolor que simula el del glaucoma.

Diagnóstico.

Diagnóstico. Podemos definir como arte de reconocer un proceso de enfermedad a partir de sus signos y síntomas; el término también nos puede significar la desición a la que se a llegado, de acuerdo a la recopilación de todos los datos, que nos ha aportado el paciente.

Un cuidadoso diagnóstico es el fundamento en que se basa toda la terapéutica médica y dental. Se debe obtener, tanta información como sea posible, respecto al paciente y a sus quejas; antes de empezar e cualquier tratamiento definitivo. Habrá ocasiones, en que la urgencia de la situación no permitirá un estudio detallado del paciente y en las que sólo podrá hacerse una historia clínica preliminar abreviada antes de prestarle asistencia.

También habrá casos en los que no puede llegarse al diagnóstico, hasta conocer los resultados de laboratorio o de rayos X; y surgirán otros, en que para establecer el diagnóstico se deberá esperar la reaparición de signos y síntomas que desaparecieron antes de que el paciente fuera visto por el dentista. Lo que es importante recordar es que no puede administrarse la terapéutica definitiva, hasta que no se haya establecido un diagnóstico cuidadoso, basado en historia clínica y exploración completas. A veces eso se hará necesario, pero habrá demora en el tratamiento, lo cual requerirá la cooperación de especialistas en los campos de la medicina y la odontología.

Clasificación.

Los terrenos molares superiores retenidos, por lo general presentan variaciones anatómicas, respecto a su posición, que a su vez, materialmente complican su extracción, como posibilidades de complicaciones tanto operatorias, como posoperatorias, cuando se realizan -- dichas extracciones.

Por lo general basándonos en su posición anatómica tenemos la siguiente clasificación:

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

Clase A. La porción inferior de la corona del tercer molar superior, está al nivel de el plano oclusal de el segundo molar.

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

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

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

- a) Vertical
 - b) Horizontal
 - c) Mesioangular
 - d) Distoangular
 - e) Invertida
 - f) Vestibuloangular
 - g) Linguoangular
- Estos suelen presentarse simultáneamente en:
- a) Desviación vestibular.
 - b) Desviación lingual.
 - c) Torsión.

3.- Relación del tercer molar retenido con el seno maxilar:

Aproximación sinusal: no hay hueso, o hay una pequeña lámina de hueso, entre el tercer molar superior retenido y el seno maxilar conocida como: no aproximación seno maxilar.

No hay aproximación sinusal: Hay 2 mm. o más de hueso, entre el tercer molar superior retenido y el seno maxilar, conocida como: no aproximación seno maxilar.

I) DISOSIOSIS CLEIDOCRANEAL.

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

OXICEFALIA.- es la llamada "Cabeza cónica", en la cual la parte de la cabeza es puntiaguda.

Es una deformidad en cuanto a la estructura de los huesos, que forman el cráneo, dándonos una forma cónica de la cabeza.

PROGERIA.- Representa envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo; caracterizada por estatura pequeña, ausencia de bello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial muestra actitudes y maneras de anciano.

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

PALADAR FISURADO.- Es una deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media.

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

CUIDADOS PREOPERATORIOS.

- A).- Historia clínica.¹
- B).- Estudio radiográfico.
- C).- Anestesia.¹

En cualquier operación que se lleve a cabo en el organismo, se requiere de una preparación previa,¹ y esta consiste en poner al paciente en las mayores condiciones posibles para la operación.¹ En el caso de la cirugía bucal aunque la afección es local,¹ también requiere de cuidados preoperatorios,¹ aunque menos minuciosa que una intervención de cirugía general.¹

- A).¹ Historia clínica.¹

Se puede definir a la Historia clínica como un proceso ordenado y cronológico en el que se investigan los antecedentes del paciente para obtener datos que permitan al clínico conocerlo mejor.³

La Historia clínica puede contener las siguientes partes:

- 1.- Ficha personal de identificación.¹
- 2.- Problema principal.¹
- 3.- Historia de la enfermedad actual.³
- 4.- Revisión de síntomas.¹
- 5.- Historia familiar.¹
- 6.- Historia personal.¹
- 7.- Pruebas de laboratorio.

La ficha personal de identificación debe llevar los siguientes datos:

- a) Nombre completo del paciente.
- b) Edad.
- c) Sexo.
- d) Domicilio actual.
- e) Lugar de origen.
- f) Teléfono.

PROBLEMA PRINCIPAL.

El problema principal deberá exponerse con las mismas palabras del paciente, sin ayuda.

Esto se considera como la base de la historia y consiste en una relación de los síntomas principales.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL.

La historia de la enfermedad actual, es un relato del problema, hecho cronológicamente, y sus síntomas relacionados, esta es quizá, la parte más importante del interrogatorio, por lo que merece doble atención.

La ficha y la forma de presentación de los síntomas - así como su duración y gravedad, también deberán ser registrados. Así mismo deberá establecerse la relación de esto con otras actividades, tales como: Ejercicio, alimentación, medicinas y emociones.

Si el paciente ha sido tratado anteriormente debido a esta misma enfermedad principal, el nombre de su médico, - hospital, medicinas tomadas, así como el curso del tratamiento, pueden resultar datos muy valiosos por lo que deberán buscarse.

La revisión de aparatos y sistemas constituyen una exploración minuciosa, por lo que se sugiere presentar, un cuestionario preparado, como un auxiliar de la Historia clínica.

HISTORIA GENERAL DE SALUD.

Nombre del médico familiar.....

Dirección..... Fecha aproximada de su última visita.....

- 1.- ¿ Padece usted en éste momento gripe o molestias de la garganta? SI NO
- 2.- ¿ Ha experimentado usted sangrado excesivo alguna vez -- de heridas o extracciones? SI NO
- 3.- ¿ Alguna vez le ha dicho un médico que padece problemas cardiacos? SI NO
- 4.- ¿ Se le hinchan con frecuencia los tobillos? SI NO
- 5.- ¿ Con facilidad padece problemas respiratorios o falta de aire? SI NO
- 6.- ¿ Se desmaya facilmente? SI NO
- 7.- ¿ Se agota con facilidad? SI NO
- 8.- ¿ Padece problemas estomacales? SI NO
- 9.- ¿ Alguna vez le ha dicho su médico que padece problemas renales? SI NO
- 10.- ¿ Se levanta durante la noche para orinar? SI NO
- 11.- ¿ Padece diarrea con frecuencia? SI NO
- 12.- ¿ Recientemente, ha subido o bajado de peso? SI NO
- 13.- ¿ EN este momento se encuentra tomando algún medicamento? SI NO

Medicamento..... Para.....

14.- ¿ Es usted alérgico a algún medicamento? SI NO

¿Cuál?

O diga si ha padecido:

| | | | |
|------------------------|----|----|-------------------|
| ASMA | SI | NO | Presión alta. |
| Fiebre Reumática | SI | NO | Anémia. |
| Pulmonía | SI | NO | Diabetes. |
| Tuberculosis | SI | NO | Problemas renales |
| Problemas cardiacos | SI | NO | Alérgicos. |
| Lesiones y operaciones | SI | NO | |

En mujeres, preguntar si hay embarazo.

El cuestionario anterior no deberá ser visto como un fin de objetivo en si mismo, sino como un trampolín desde el cual podrán hacerse mayor número de preguntas y obtenerse mayor número de datos.

HISTORIA FAMILIAR.

En éste punto de la historia clínica se interrogará al paciente sobre antecedentes familiares patológicos haciendo incapie en padecimientos hereditarios como:

Diabetes.

Sífilis.

Leucemia.

En base a la historia clínica y también a pruebas de laboratorio que pueden resultar necesarias, se puede dictar un diagnóstico y por lo tanto un tratamiento.

Los datos de laboratorio que el dentista puede necesitar con más frecuencia son:

PRUEBAS DE LABORATORIO.

A).. Biometría Hemática Completa.

B)). Pruebas de Coagulación.

- C). Índice de sedimentación de eritrocitos.
- D). Frotis y Cultivos bacteriológicos.
- E). Signos Vitales.

De las pruebas antes mencionadas existen otras que pueden llegar a establecer la etiología de una diatesis hemorrágica como son:

- 1.- La retracción del coágulo.
- 2.- Prueba del torniquete.
- 3.- Tiempo de protrombina.
- 4.- Conteo de plaquetas.

Antes de someter al paciente a pruebas de laboratorio costosas y molestas, es necesario reconocer que cualquier prueba es solamente tan buena como la habilidad del médico para interpretarlas, por lo que es necesario conocer los valores en normalidad.

ERITROCITOS.

Los eritrocitos se encuentran en el hombre en una proporción de 4.5 a 6 millones por centímetro cúbico, así mismo en la mujer es de 4 a 5.5 millones por centímetro cúbico cuando existen menos hay posibilidad de que exista anemia - y cuando existen más hay pologlobulina.

HEMOGLOBINA.

La hemoglobina existe en el hombre, de 14 a 16 grs., por 100 mm. y en la mujer de 12 a 14 grs. por 100 mm., si encontramos menos de 12 grs. hay anemia.

LEUCOCITOS.

De 50. 000 a 10. 000 por cm. cúbico existen más de 10. 000, hay infección aguda y cuando existen menos de 5.000, hay infección crónica.

VALORES NORMALES DE:

| | |
|-------------|---|
| Basófilos | 2% |
| Linfáticos | 25% |
| Plaquetas | 200,000 a 500,000 por mm ³ . |
| Neutrófilos | 50 a 70% |

Química Sanguínea (Producto de metabolismo del organismo).

| | |
|------------|--|
| Glucosa | 80 a 120 mg. por cada 100ml. ¹ |
| Urea | 20 a 30 mg. ¹ por cada 100 ml. ¹ |
| Creatinina | 1 a 2 mg. por cada 100 ml. ¹ |
| Colesterol | 167 a 280 mg. por cada 100 ml. ¹ |

Tiempo de sangrado: de 2 a 3 minutos.¹

Tiempo de coagulación: de 3 a 7 minutos como máximo.¹

Neutrofilia.- No presenta datos de infección aguda.¹

Linfocitosis.- No presenta datos de infección crónica.

Aumento de glucosa.- Probable diabetes Mellitus.¹

Aumento de ácido úrico y Creatinina.- Anoncelus renales.¹

B).¹ ESTUDIO RADIOGRAFICO.²

El estudio radiográfico es el método auxiliar,³ de diagnóstico más eficaz y valioso con el que contamos.¹ El estudio radiográfico del tercer molar superior incluido,⁴ señala una gran cantidad de detalles de interés que debe ser útil y juiciosamente aplicados con el diagnóstico para la cirugía de éste.¹

Con las radiografías se hará un estudio completo de la pieza, es decir, de su tamaño, su forma, su posición, su relación con el segundo molar, la dirección y la forma de sus raíces,⁵ la relación con las tablas internas y externas,⁶ con la rama ascendente, con el paquete dentario,⁷ las condiciones patológicas del diente y de los tejidos circundantes.¹

Para el estudio radiográfico contamos con dos tipos de radiografías:

- a) Extraorales.
- b) Intraorales.

EXTRAORALES.

No se usan frecuentemente; se utilizan cuando el molar está alojado; ya sea en la rama ascendente del maxilar o en la proximidad de su ángulo, en la cual las películas intraorales no alcanzan para darnos la imagen total que necesitamos, razón por la cual en estos casos debemos recurrir a radiografías extraorales.

La película extraoral, también la utilizamos en aquellos pacientes que no pueden abrir suficientemente la boca para colocar las películas intraorales.

INTRAORALES.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL.

Este tipo de radiografía es la más usual y con la que obtenemos datos más acertados ya que se adaptan más fácilmente a la región que ha de radiografiarse, dándonos resultados más detallados, como contraste y longitud radicular.

Nos muestra la cantidad de tejido óseo, principalmente en una pieza incluida.

RADIOGRAFIA OCLUSAL.

Nos dará la ubicación del tercer molar en su relación vestibulopalatino, la cantidad de hueso existente del lado vestibular y palatino, con relación del molar en la rama del maxilar.

ANESTESICOS LOCALES MAS EMPLEADOS EN CIRUGIA BUCAL

Una vez que hemos efectuado una breve identificación sobre las generalidades de los anestésicos locales, efectuaré el estudio particular de las características clínicas de los anestésicos locales más empleados en Odontología.'

1.- Xylocaina (Lidocaina).'

Origen.

Esta droga puede utilizarse como estándar de comparación para los anestésicos locales,' es el más potente y más versátil,' adecuado no solamente para infiltración y bloqueo nervioso sino también para anestesia de superficie.' Esto tiene en consecuencia un efecto anestésico rápido y enérgico.' Es un medicamento del tipoamida.'

Propiedades Físicas.'

- a). Es estable, puede almacenarse indefinidamente y esterilizarse en autoclave varias veces.'
- b). Duración una vez hecha la infiltración del anestésico su acción dura de 90 a 120 minutos.'
- c). Concentración. se utiliza en concentraciones de .5 a 2%.'
- d). La lidocaina tiene la propiedad de aceptar en su composición vasoconstrictores.' en especial la adrenalina cuando se usa para la infiltración o bloqueo nervioso.' La concentración de adrenalina utilizada con éste fin,' varía de 2 a 10 g/ml o sea 1:500,000 a 1:100,000.

Ventajas.

- a). Se ha mencionado anteriormente ser el más potente y más versátil de los anestésicos locales.
- b). Una vez inyectado el anestésico se difunde rápidamente por los tejidos y las fibras nerviosas; por consecuencia su efecto anestésico es rápido y enérgico.
- c). Es excelente anestésico de superficie.
- d). Es eficaz cuando se usa sin vasoconstrictor pero ésta forma aumenta su absorción y toxicidad y disminuye su acción.
- e). En los casos en que use sin vasoconstrictor, parece ser el anestésico de elección de personas hipersensibles a la adrenalina y a sus congéneros
- f). Una de las características más importantes que distinguen este anestésico local de la procaína y otros anestésicos, es que con frecuencia produce acción sedante además de la anestésica.

Desventajas.

- a). Un notable efecto de la lidocaína es la somnolencia (dada su acción sedante), a una dosis aproximada de 300mg.
- b). En los casos en que esté asociada a la adrenalina puede contribuir a los efectos generales de los anestésicos locales y dar origen a síntomas como ansiedad, taquicardia, e hipertensión.

c). La lidocaína al ser metabolizada en el hígado por supresión de uno o ambos grupos etílicos de la molécula los metabolitos resultantes todavía poseen actividad farmacológica y pueden contribuir a la toxicidad del sistema nervioso central.

d). Posee efectos cardiovasculares, tiende a relajar el músculo liso vascular.

2.- Citanest. (Prilocaina, Propocaína).

Es un anestésico local de tipo amida. sus propiedades farmacológicas son semejantes a la lidocaína a la cual se parece químicamente.

Origen.

Es una amida secundaria; derivada de la lidocaína aparece cuando se desetiliza la lidocaína y ocurre un rompimiento en la parte hidrolítica del enlace amida.

Propiedades Físicas.

- a). Es excelente bloqueador, de toxicidad aguda muy baja.
- b). Su acción vasodilatadora es menos que otros anestésicos
- c). Tiene un tiempo de latencia corto y con duración satisfactoria.

1). Presenta buena estabilidad en su composición química.

a). El vasopresor octapresín es el primer sustituto adecuado de la adrenalina, que confiere un período prolongado de anestesia sin isquemia local en el sitio de inyección y sin reacciones sistémicas.

Ventajas.

a). Es de menor toxicidad que la lidocaína.

b). Al igual que la mepivacaína tiene mayor tiempo de acción que la lidocaína dado que la velocidad de inactividad por el hígado es más lenta.

c). El citanest amado al octapresín elimina el temor de complicaciones postoperatorias después de las extracciones. La falta de isquemia en el sitio de la inyección permite al dentista tomar las precauciones necesarias para detener las hemorragias que siguen a las extracciones, evitando así el riesgo de hemorragias tardías.

Las investigaciones experimentales y clínicas, han demostrado que la combinación de Citanest-Octapresín es un anestésico local seguro y que llena los siguientes requisitos clínicos: alta frecuencia de anestesia satisfactoria, corto período de latencia, buen poder de difusión, duración suficiente para la ejecución todos los procedimientos dentales muy buena estabilidad.

Desventajas.

El Citanest al ser inactivado por el hígado requiere que el paciente tenga una buena función hepática pues su biotransformación es muy lenta.

3.- Carbocaina (Mepivacaina).

Esta droga tiene los mismos efectos que la Xilocaina.

Origen.

Es una amida terciaria derivada de la Lidocaina aparece cuando se desetiliza la lidocaina y surge el rompimiento hidrofóbico del grupo amida.

Propiedades Físicas:

Una vez hecha la infiltración duración es mayor que la de los otros anestésicos.

Ventajas.

La duración de su acción es ligeramente mayor que la Lidocaina.

Desventajas.

No tiene tan buena difusión en los tejidos en comparación con la lidocaína.

4.- Otros usos de Anestésicos Locales.

Los anestésicos locales, aparte de acción periférica posee ciertas propiedades que son aprovechadas en diversos trastornos como son :

a). A nivel del sistema nervioso central, en los casos que se utilicen por medio de la inyección intravenosa lenta a dosis alta produce anestesia general, especialmente si es ayudada por la administración de barbitúricos (para evitar las convulsiones). drogas bloqueantes neuromusculares (para producir buena relajación).

Este tipo de anestesia general producida por anestésicos locales no difiere mucho con respecto a los anestésicos volátiles y barbitúricos siendo una experiencia común y corriente en nuestro país.

Si la inyección es rápida y el paciente no está protegido por barbitúricos, son capaces de provocar convulsiones sobre todo crónicas. Ideo puede producir la muerte por depresión del centro respiratorio.

Es frecuente una acción sedante con dosis no muy elevadas; a dosis pequeñas poseen acciones anticonvulsivas y también en ataques de gran mal y estado epiléptico, (aún cuando no ha entrado extensamente en la práctica).

La lidocaína por vía intravenosa se utiliza para el tratamiento de la arritmia cardíaca especialmente la taquicardia ventricular producida por adrenalina durante la anestesia con ciclopropano; y con menor acción sobre las arritmias auricular.

Acción Vascolar.- Las dosis usuales por vía intravenosa de lidocaína no modifican prácticamente la presión arterial, requiriendo de dosis elevadas para producir un descenso tensional.

TEMA III
INSTRUMENTAL.

Por tratarse de una cirugía de alta especialidad, la cirugía bucal requiere instrumental también especializado. En este trabajo nos detendremos solamente, en la descripción de los instrumentos y aparatos en relación con la cirugía del 3er. molar superior retenido. Existen en el mercado, un número extraordinario de instrumentos para ser aplicados en las distintas técnicas y métodos que se han ideado para este objeto, es un tanto innecesario adquirirlos todos; lo único que se logrará después de unos años de práctica, es tener un almacén de instrumentos sin utilidad o innecesarios.

La práctica es la que nos llevará a la selección del instrumental; como síntesis podemos asegurar que no son innecesarios muchos instrumentos y los pocos que empleamos son el producto de una meditada selección. Ya elegidos éstos, deben tener una función específica.

La operación que consiste en la extracción quirúrgica del 3er. molar retenido, se propone practicar una brecha en la mucosa (Incisión). Desplazar el colgajo obtenido, y llegando al hueso, eliminarlo parcial o totalmente (osteotomía), para encontrarse en el molar retenido y aplicar sobre el los instrumentos indicados a la exodoncia. (odontosección y extracción).

INSTRUMENTOS PARA REALIZAR UNA INCISION.

Para cirugía bucal, existen tres hojas de uso general y dos mangos de bisturí. Las hojas son II, I2, I5 y los mangos son 7 y 3. La hoja # II se emplea para la incisión y el drenaje cuando se refiere a una incisión a manera de punción y cuando es -

necesario el corte a ciegas de tejido profundos. La hoja # 12 está especialmente adaptada para la incisión de margen gingival y se presta para seguir las líneas cervicales de los dientes.

La hoja # 15, es para uso general, y es empleada con más frecuencia. Esta es muy buena para la mayor parte de las incisiones de la piel y de las mucosas.

ELEVADORES DE PERIOSTIO O LEGRAS.

Las legras # 1 de Woodson y la # 9, se utilizan principalmente para el levantamiento de mucoperiostio. Al manejar colgajos de mucoperiostio, deberá emplearse la porción más grande del instrumento, que funciona bien con su convexidad hacia el colgajo, de esta forma habrá desgarré y perforación.

EL RETRACTOR.

Existen varios retractores útiles para cirugía bucal. El retractor de la Universidad de Minesota y el retractor de Austin son los empleados con más frecuencia.

Los retractores son utilizados más frecuentemente por el ayudante, y deberán ser sujetados con la mano derecha, dejando la mano izquierda para el eyector de saliva, el objetivo de el retractor será el de retraer suavemente los tejidos aunque con firmeza y constancia para que el cirujano pueda tener acceso visual directo a la zona.

LA PIEZA DE MANO Y LA FRESA.

La fresa quirúrgica suele emplearse para la eliminación del hueso y el corte de los dientes, se refieren las fresas de carburo sobre las de acero para el corte de estructuras dentarias y luego, cuando sea posible se recomienda usar instrumentos de alta velocidad. Las fresas usadas con más fre-

cuencia en los procedimientos de cirugía bucal son, la fresa de fisura estriada y las fresas de carburo redondas.'

MARTILLO Y CINCEL.

El cincel, es otro buen instrumento para la eliminación de hueso, el hueso maxilar es un poco más poroso que el mandibular, puede reducirse fácilmente con el cincel utilizado presión manual a el martillo.'

El cincel también puede utilizarse para cortar dientes: especialmente el cincel con dos (2) biseles.'

EL ELEVADOR.

Uno de los instrumentos más valiosos en la extracción dentaria es el elevador a palanca de exodoncia.'

Cuando sea posible el elevador deberá ser utilizado para luxar todos los dientes, antes de aplicar el forceps. Esto ayuda de la siguiente forma:

- 1).- Facilita la eliminación del diente.'
- 2).- Reduce la fractura del diente.'
- 3).- Reduce la presión del forceps sentido por el paciente.'
- 4).- Facilita la eliminación de los ápices fracturados de las raíces si el diente ha sido luxado antes de fracturarse.

Los diseños del elevador varían desde un elevador recto en el que la hoja se encuentra fija a un ángulo con respecto al cuello y al mango: esta permite mejor aplicación del elevador en ciertas partes de la boca.'

Al utilizarse el elevador en la extracción de los dientes, este constituye una palanca de primera clase; o sea, una palanca con el fulcro (que es hueso alveolar), entre la resistencia,

(el diente) y la fuerza (la mano del operador).'

EL FORCEPS DE CIZALLA.

Es un instrumento a manera de forceps, empleado para retirar hueso mediante una acción de tijeras o corte. Existen dos tipos principales de cizalla.'

a) La cizalla de corte terminal.'

b) La cizalla de corte lateral.'

La cizalla de corte terminal es adecuada para agrandar la pared ósea del quiste o el antro, eliminando el hueso periférico por su acción de mordedura. También es útil para hacer alveolectomías, en ocasiones suele utilizarse para eliminar inserciones fibrosas densas, tales como un saco pericoronario o masas de tejido de cicatrización posteriores a la zona del 3er. molar.'

La cizalla de corte lateral es ideal para los procedimientos de alveolectomías. Deberá emplearse en posición horizontal, con uno de los bordes cortantes del forceps trabado en lo alto del alveolo, mientras que la otra hoja es llevada hasta la primera acción de cepillo. Esto proporciona una reducción controlada de hueso excesivo, creando menos fracturas o el desprendimiento de grandes cantidades de hueso.'

LIMA PARA HUESO.

La lima para hueso se utiliza para el corte final de hueso después de hacer la eliminación principal con cizalla.'

Siempre que se utilice una cizalla, deberá utilizarse después la lima.'

LA SONDA DE GUILMORE.

Es un explorado quirúrgico muy delgado y fácilmente se puede fracturar, su propósito es la exploración y la simple extracción de pequeños ápices radiculares cerca de estructuras tales como el conducto dentario inferior y la mucosa que cubre el antro

maxilar.'

LA CURETA DE 2 PUNTAS.

Su función es la de explorar el fondo de los alveolos para enuclear granulomas, tumores de tejido blandos, quistes, — etc.,'. La cureta es un instrumento sensible diseñado para — relevar al cirujano la calidad de las estructuras con las que entra en contacto. Al adquirir destreza con este instru-mento es posible diferenciar entre tejido, óseo, estructura dentaria y tejidos blandos.'

LAS TIJERAS.

El cirujano tiene a su disposición una gran variedad — de tijeras. Sin embargo, 2 tipos principales son de uso general, denominadas para sutura y tijeras para tejidos.'

PINZAS PARA TEJIDOS O TORUNDAS.

Este es un instrumento muy versátil y el operador debe-rá crear el hábito de tener las pinzas en la mano en todo mo-mento de la sutura, las pinzas para tejidos se utilizan para inmovilizar el tejido al pasar la aguja a través del mismo.'

SUTURA, AGUJA Y PORTAAGUJA.

SUTURA:

Para suturar la mucosa bucal deberá utilizarse seda Deknatal. tipo B, corte de 3.0 en largos de 40 cm.' o seda Ethicon del mismo calibre y cortada a la misma longitud.' Estos — materiales son tratadas a prueba de suero y están trenzados para evitar enredarse. El material de sutura no absor**bi**ble posee resistencia a la tensión uniforme seca o húmeda, lo que se presta bien para la técnica de hacer nudos con instrumentos.'

Siendo, negra, las puntas son más fáciles de ver cuando el paciente regresa para su retiro.' Un motivo por el cual se usa material no absorbible es el de obligar al paciente a re-gresar para la inspección postoperatoria que es tan importan-te.

AGUJA.

Deberá poseer un borde cortante para suturar la mucosa bucal, se puede utilizar marca Hufriedy $\frac{3}{8}$ de círculo, tamaño 18 ó 20.

PORTAAGUJAS.

Deberá emplearse el portaagujas Hegan-Mayo de 15 cm. de longitud.

PINZAS HEMOSTÁTICAS.

Aunque existen gran variedad de pinzas hemostáticas para los procedimientos generales de quirófanos en el hospital, la pinza de mosquito y la de Rell son las que suelen ser empleadas para la boca. Se presentan en diseños curvos y rectos. — La pinza de Allis, es buena para sujetar los márgenes de los tejidos durante la disección y en algunos casos, la retracción del segmento del tejido que deberá ser eliminada.

Cuando se utiliza una pinza hemostática para controlar el sangrado, el área deberá ser comprimida primero con una tomonda de gasa del sitio de la hemorragia, la pinza se llevará rápidamente a su posición correcta en el punto sangrante.

ASPIRADOR.

Una pieza necesaria para la cirugía bucal es el aspirador. La punta de succión Hu-Friedy y Fravier, son muy buenas para la cirugía bucal. El aspirador deberá ser sujetado en la mano izquierda del operador, librando la mano derecha para la retracción de la lengua o el labio, seguir sea necesario, la succión adecuada significa conservar varias áreas de la cavidad bucal libres de sangre, saliva y detritus en todo momento.

TEMA IV
TECNICA QUIRURGICA.

Como en cualquier cirugía general, la cirugía bucal se realiza siguiendo todos los principios quirúrgicos. Los pasos a seguir para su eliminación del tercer molar superior son los siguientes:

- A). Anestesia.
- B). Incisión.
- C). Retracción del colgajo.
- D). Osteotomía.
- E). Exodoncia.
- F). Tratamiento de la cavidad.
- G). Sutura.

A). Anestesia.

La anestesia, es una droga utilizada para producir pérdida pasajera reversible en una zona circunscrita del cuerpo.

Al llevar a cabo una cirugía de terceros molares superiores, se aplicará anestesia local.

Teniendo ya preparado el anestésico de elección y la aguja de Bicel corto, se llevará a cabo haciendo una punción en la parte más posterior de la región palatina a nivel de los segundos y terceros molares, depositando en él, la totalidad del cartucho. Al mismo nivel pero por la región o parte vestibular a la altura de los primeros y segundos molares se realizará otra punción con una profundidad de 4 a 5 mm. para bloquear la región nerviosa.

B). Incisión.

El trazo de la incisión, lo iniciaremos siguiendo una línea recta que va sobre la rama ascendente del maxilar sup. hacia la mitad de la cara distal del segundo molar sup.

Con un bisturí de hoja corta del número 12, cortamos la región de una sola intención y energicamente hasta percibir

la sensación de tocar hueso o cara dentaria. Continuamos el trazo contorneando el cuello por las caras vestibulares del segundo y primer molar, llegando hasta el hueso y deteniendo el trazo hacia la pared distal de la papila interdientaria con el objeto de no tocarla, evitando así su retracción posterior.'

Ausencia del segundo molar: Incidimos a nivel de la cresta alveolar hacia la cara distal del primer molar, contorneándolo y llegando hasta la papila interdientaria.'

En desdentado total: En este caso la longitud del corte corre aproximadamente dos centímetros más allá de la cara mesial del molar retenido. La variedad en este tipo de incisión, dependerá de la posición y ubicación de dicho molar.'

Retracción del colgajo.'

Por tratarse de una zona abundante irrigada, hay gran cantidad de sangrado el mismo que cohibimos con una gasa esteril.'

Una vez, cohibida la hemorragia, procedemos a desprender el colgajo. Existen diversos instrumentos para realizar dicha tarea, el ideal es la legra.'

Se introduce la legra entre los bordes de la incisión tocando hueso, desprendemos la mucosa vestibular con giros suaves del instrumento dirigido de distal hacia mesial, y deteniéndose a nivel del espacio interdientario. El desprendimiento de colgajo lingual o interno se hace de la misma manera que el anterior. Llegando al límite de la cara lingual del molar retenido.'

Podemos mantener fijo el colgajo vestibular con unas pinzas de disección.'

D). OSTEOTOMIA.

Este tiempo quirúrgico es de gran utilidad, pues de esta manera, eliminamos la retención ósea que puede tener el molar incluido; haciendo ésto, evitamos aplicar fuerza excesiva que pudiera causar daño alveolar e incluso fracturas mandibulares.'

Para la realización de la osteotomía en cirugía bucal — empleamos instrumentos tales como: escoplos y fresas.'

Osteotomía con escoplos.'

Se recomienda al operador el empleo de escoplos auxiliador por un ayudante que golpea con martillo dicho instrumento — pudiendo el operador separar el colgajo vestibular con la mano izquierda, facilitando así la operación.'

Durante esta maniobra se deben tomar las siguientes normas:

- 1.- Debemos evitar el contacto del escoplo con la cara del molar, para confirmar, conservar el borde del instrumento.'
- 2.- El golpe del martillo deberá ser justo y enérgico.'
- 3.- Mantener el bisel cortante hacia arriba.'
- 4.- Retirar todos los residuos óseos.'

Osteotomía con fresas.'

Este método es de gran utilidad y simple manejo; siempre y cuando se procuren los siguientes cuidados:

- 1.- Irrigación constante de la solución estéril sobre la zona para evitar el calentamiento.'
- 2.- Limpieza continua de la fresa, de los residuos óseos para mayor eficacia en el corte.'
- 3.- Previa esterilización de las fresas, del contraángulo, así como también de la pieza de mano.'

Siguiendo estos principios, se practican pequeños orificios, vecinos unos a otros alrededor del hueso retentivo debili

tandolo así; una vez hecho esto, se finen y lo eliminamos.'

E). EXODONCIA.

La extracción ideal sería aquella en que al colocar al elevador entre la cara mesial del molar retenido y la cavidad ósea aplicamos la fuerza de palanca, desalojando así de su cavidad. . Comurmente, la retención del molar incluido, llega a ser tal, que es necesario la aplicación de la odontosección.

Ventajas de la odontosección:

- a) Menor corte de tejido óseo.
- b) No existe lesión de los dientes vecinos.'
- c) Disminuye el riesgo de fractura en las tablas alveolares.'

F). TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Tiene dos objetivos:

- a) Eliminación del saco pericoronario.
- b) Obturación médica de la cavidad-.

La primera consiste en retirar dicho saco tomándolo con una cureta y despegarlo de la pared ósea.'

Debemos tener cuidado en no dejar residuos, ya que se convertirían en fuentes infecciosas en ocasiones neoplásicos.'

La segunda consiste, en colocar dientes dentro de la cavidad ósea, después del lavado riguroso, producto de la acción antiséptica y sedante, como el alvoqyl, ya que es fácilmente absorbible por el organismo.

G). SUTURA.

Para realizar este paso, debemos estar seguros de que han quedado completamente limpias las paredes de la cavidad, así -- como también de los colgajos, teniendo lista en la mano del operador, el portaagujas con la aguja curva enhebrada con seda (opcional), se atravieza el extremo palatino del colgajo y enseguida el vestibular; en este sentido se recorre el hilo, dejando un extremo libre de 3 cm. aproximadamente; sujetamos entre -

los dedos índice y pulgar de la mano izquierda el extremo que contiene la aguja y damos vueltas alrededor del puñado del instrumento, pinzamos el extremo libre con el portaagujas; sin soltar, trenzamos los extremos y para obtener mayor firmeza, repetimos la maniobra realizando las vueltas en sentido inverso.

Las cantidades que debe presentar una sutura son:

- a) Que no haya tracción en el tejido.
- b) Que abarque el tejido necesario para que este no se razgue.

La seda 3 ceros y el cat-gut, son los materiales más usados comúnmente.

TEMA V
POSOPERATORIO.

Es éste un paso muy importante, ya que constituye el éxito de la operación y el bienestar del paciente y aún — puede mejorar a modificar los inconvenientes surgidos en — el curso de la intervención quirúrgica.

Aunque las heridas en la boca no pueden mantenerse secas, a diferencia de las de la piel, y el hecho de que el paciente tiene que comer, dificulta más aún tener la herida limpia, pero afortunadamente los tejidos bucal, son bastante vascularizados e irrigados por un aporte sanguíneo abundante por lo que favorece la curación.

El tratamiento que se realiza después de la operación debe ser estudiado en dos aspectos: El tratamiento inmediato y el tratamiento mediano.

El tratamiento Posoperatorio Inmediato:

Terminada la operación, se limpia la cara del paciente con un trozo de gasa impregnada de agua oxigenada, se lava la cavidad bucal con un atomizador que lleva agua oxigenada, con el fin de eliminar sangre y restos blandos, óseos o dentarios, que pudieran haberse depositado en los espacios interdentarios, en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, — en la bóveda palatina, evitando de este modo que los coágulos entren en putrefacción.

APOSITOS DE GASA.

Al terminar la operación, se aplica un trozo de gasa húmeda para afrontar el alveolo abierto, después de esto se coloca en el lugar de la extracción, invitando al paciente a morder sobre ellas.

El paciente debe dejar el aposito de gasa durante 30 o 45 minutos después de abandonar el consultorio, si el escurrimien

to de sangre continúa después de haber quitado los apósitos húmedos durante otro tiempo igual.

COMPRESAS.

Después de la operación se debe aconsejar al paciente - que coloque hielo envuelto en tela o compresas frías, sobre la cara durante las 6 horas siguientes, intercalando 10 minutos de aplicación por 10 de descanso, supuestamente el frío reduce al mínimo la inflamación, aunque no está debidamente comprobado y también es aconsejable 2 días después de la operación, aplicar compresas pero calientes ya que ésta aumentará la circulación; y favorecerá la cicatrización, cuando a ésta se debe recomendar al paciente reposo relativo.

TRATAMIENTO POSOPERATORIO MEDIATO.

De regreso el paciente a su domicilio, es recomendable que guarde reposo si es necesario en cama, ya que ayudará a restaurar las condiciones físicas del paciente, que naturalmente y sin él advertirlo han sido vulneradas, por otra parte el reposo evita el peligro de posible hemorragia secundaria.

ALIMENTACION.

El paciente debe someterse a un régimen de alimentación blanda durante las 48 horas siguientes a la operación, esta alimentación debe ser a base de gelatinas, flanes, natillas, complemento alimenticio en forma de polvo. Muchos de los trastornos posoperatorios se deben al hecho de que los alimentos duros lesionan la región, o el acto masticatorio y la succión puede modificar el estado local.

SUEÑO.

El paciente debe dormir, sobre dos almohadas con una toalla, de tal manera que la cabeza quede inclinada aproximadamente en un ángulo de 30 grados, la toalla sirve para evi

tar que el posible fluido de sangre con saliva del paciente tñan de sangre la ropa.'

MEDICACION POSOPERATORIA.

El dolor posoperatorio es la consecuencia l6gica de una operaci6n de la cavidad bucal. Est6 en relaci6n directa al grado de trauma, aplastamientos, desgarres. Originando dolorosas consecuencias. Heridas limpias y sin traumas, raramente ocasionan dolor. De presentarse debe ser combatida por los distintos medicamentos indicados para este caso.'

Los antibi6ticos pueden recetarse como medicaci6n sistem6tica en el per6odo posoperatorio y en el paciente en los cuales sea recomendable la profilaxia, por supuesto si hay infecci6n presente, su uso es necesario.'

INFLAMACION Y TRISMUS.

El paciente siempre va a presentar incapacidad posoperatoria que puede ser de grado variable, 6sta incidir6 sobre todo durante las primeras 48 horas y suelen atribuirse a traumatismo asociado con la cirug6a, por ejemplo la aplicaci6n de refractores durante la operaci6n, pueden causar escoriaciones en las comisuras labiales y a veces se producen 6lceras en la mucosa bucal por instrumentos o compresas.'

RETIRO DE LOS PUNTOS DE SUTURA.

Los puntos deber6n retirarse reci6n al 4o., 5o. 6 6o. d6a de la operaci6n, la eliminaci6n prematura puede ocasionar hemorragias secundarias o por lo menos la movilizaci6n del co6gulo, con los siguientes transtornos, ya que el co6gulo, se puede decir que presenta el 6xito del posoperatorio, despu6s de retiradas los puntos, se proyecta sobre la zona operada un delicado chorro de agua tibia.'

B I B L I O G R A F I A .

- DR. QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO.
ANATOMIA HUMANA.
Tomo I
24, Edición
Editorial Porrúa, S.A.
México, 1983.
- DR. RIES CENTENO GUILLERMO.
CIRUGIA BUCAL CON PATOLOGIA CLINICA.
Y TERAPEUTICA.
8, Edición.
Editorial: EL Ateneo.
Buenos Aires, 1951.
- DR. ARCHER WILLIAM HARRY
CIRUGIA BUCAL.
Atlas paso por paso de
Técnicas Quirúrgicas.
2. Edición.
Editorial: Mundi.
Buenos Aires, Argentina, 1968.
- DR. E. WAITE DANIEL.
CIRUGIA BUCAL.
Primera edición.
Editorial: Continental.
México, D.F. 1978.
- DR. JORGENSEN? B. JORN NIELS? HAYDEN JESS?
ANESTESIA ODONTOLOGICA.
Traducción:
- DRA. SRINA COLL.
Primera edición. Editorial: Interamericana, 1967.

CONCLUSION.

El éxito de la cirugía bucal de los terceros molares — superiores retenidos, se puede lograr cuando el cirujano dentista, a programado con sumo cuidado y además elaborado un buen diagnóstico cercano al real. Para lograr ésto, es indispensable la preparación general del paciente, incluyendo en ésta:

Un examen general y una historia clínica completa, complementada con una preparación psíquica. Y además realizar un buen estudio radiológico, pues es un método auxiliar para realizar un mejor diagnóstico.

En muchas ocasiones, es necesario hacer un análisis de laboratorio para complementar dicho diagnóstico.

También es importante, hacer una elección de los instrumentos adecuados y además contar con la mayor asepsia posible; tanto de los instrumentos, como de la zona donde se va a realizar dicha cirugía.

Para realizar una cirugía, con feliz término, debemos — estudiar y prevenir los riesgos locales y generales, al igual que conocer los principios anatómicos básicos de la región y técnicas adecuadas.

Las precauciones que se tomen; nunca serán excesivas para una buena cirugía bucal.