

218
2 EL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE EXODONCIA

TERCEROS MOLARES RETENIDOS

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read 'Aida Morales Hernandez'.

T E S I S I N A

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
AIDA MORALES HERNANDEZ



MEXICO, D. F.

MAYO 1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

INDICE

CAPITULO I ANATOMIA.

- a).- Maxilar Superior
- b).- Maxilar Inferior

CAPITULO II GENERALIDADES DE DIENTES RETENIDOS.

- a).- Definición
- b).- Etiología
- c).- Frecuencia
- d).- Complicaciones

CAPITULO III CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES.

- a).- Clasificación de los terceros Molares Superiores
- b).- Clasificación de los terceros Molares Inferiores

CAPITULO IV ANESTESIA.

- a).- Nervio Maxilar Superior
- b).- Nervio Dental Medio
- c).- Nervio Mandibular
- d).- Nervio bucal Largo
- e).- Nervio Lingual
- f).- Nervio Mentoniano

CAPITULO V TRATAMIENTO PREOPERATORIO.

- a).- Examen de Sangre
- b).- Globulos Blancos
- c).- Preparación de la Región
- d).- Instrumental de Tejidos Blandos
- e).- Instrumental de Tejidos Duros.

CAPITULO VI TECNICA QUIRURGICA.

- a).- Tiempos Operatorios
- b).- Incisión y Desprendimiento del Colgajo
- c).- Osteotomía u Osteotomía
- d).- Operación Propiamente Dicha.
- e).- Tratamiento de la cavidad Osea
- f).- Sutura.

INDICE

CAPITULO VII TRATAMIENTO POSOPERATORIO.

- a).- Higiene Bucal
- b).- Dieta
- c).- Medicación
- d).- Sueño
- e).- Actividad Física
- f).- Inflamación y Trismos
- g).- Citas

CAPITULO VIII

- a).- Conclusiones
- b).- Bibliografía.

INTRODUCCION

Considerando que uno de cada cinco pacientes entre las edades de 17 a 21 años tienen por lo menos un diente retenido, es necesario de que el especialista, esté consiente de los problemas y entidades patológicas que se pueden asociar a los dientes retenidos, complicaciones que en varias ocasiones pueden pasar desapercibidas debido a que no presentan manifestaciones clínicas, sino hasta que llegan a estados más avanzados, produciendo asimetrías, o cuando llegan a producir infección.

En la cavidad oral existen dientes que semierupcionan ó no erupcionan estos se quedan retenidos dentro del maxilar y la mandíbula.

A veces estos dientes retenidos no causan ningún problema, pero en otras ocasiones se procederá a extraer quirúrgicamente ya que producen diversos transtornos y molestias a las estructuras dentarias vecinas ó adyacentes.

Los dientes retenidos son aquéllos que una vez llegada la época normal de su erupción, quedan incluidos dentro del maxilar y la mandíbula, manteniendo la integridad de su saco pericoronario.

ANATOMIA

El conglomerado óseo cuyo conjunto constituye la cara se divide en dos porciones llamadas: Maxilar y Mandíbula.

Un solo hueso constituye en el hombre la mandíbula y el maxilar mucho más complicado, se compone de tres huesos, que se agrupan todos alrededor de uno solo, el maxilar, como alrededor de un centro común. De estos tres huesos uno solo es impar, el vomer, los demás son pares y están dispuestos simétricamente a cada lado de la línea media. Son el maxilar, el hueso malar, el unguis el cornete inferior y el hueso propio de la nariz y el palatino.

MAXILAR

Hueso par, de forma cuadrilátera, ligeramente aplanada de fuera adentro, presenta una cara interna, otra externa, cuatro bordes y cuatro ángulos.

CARA INTERNA:

Presenta en la unión de su tercio interior con sus dos tercios superiores una eminencia transversal, la apófisis palatina, la cual articulándose en la línea media con la del lado opuesto, forman un tabique transversal, que constituye a la vez el suelo de las fosas nasales y la bóveda palatina. En su parte anterior se ve el conducto palatino anterior (para el nervio esfenopalatino interno). Por debajo de la apófisis palatina, la cara interna forma parte de la bóveda palatina. Por encima de la apófisis palatina presenta sucesivamente, siguiendo de atrás adelante:

- 1).- Rugosidades para el palatino.
- 2).- El orificio del seno maxilar.
- 3).- El canal nasal.
- 4).- La apófisis ascendente del maxilar.

CARA EXTERNA:

Encontramos primero, en su parte anterior y a nivel de los incisivos, la fosita mirtiforme, limitada por detrás por una eminencia longitudinal, llamada eminencia canina.

Toda la parte restante de la cara externa está ocupada por una gran eminencia transversal, que es la apófisis piramidal del maxilar; su base forma cuerpo con el hueso; su vértice se articula con el hueso malar; su cara superior plana forma parte del suelo de la órbita (en ella es el canal suborbitario) su cara anterior presenta el agujero suborbitario para el nervio del mismo nervio su cara posterior ligeramente convexa forma parte de la fosa sigomática (se ve en ella los agujeros dentarios posteriores para los nervios del mismo nombre, su borde inferior cóncavo y redondeado, se dirige hacia el primer molar, su borde anterior forma parte del reborde orbitario, su borde posterior corresponde al ala mayor del esfenoideas (formando con este última hueso la hendidura esfenomaxilar.

BORDES:

Se distinguen anterior, posterior, superior, e inferior. El borde anterior, muy irregular, presenta siguiendo de abajo arriba: la semiespina nasal anterior, la escotadura

nasal (que corresponde al orificio anterior de las fosas nasales) y el borde anterior de la apófisis ascendente. El borde posterior, grueso y redondo constituye la tuberosidad del maxilar. Libre por arriba, y se articula por su parte inferior con la apófisis pterigoides del esfenoides y con la porción vertical del palatino (entre la tuberosidad y este última hueso se encuentra el conducto palatino posterior). El borde superior, muy delgado se articula en el unguis, el hueso plano del etmoides y la apófisis orbitaria del palatina. El borde inferior o borde alveolar presenta los alveolos de los dientes, cavidades más o menos espaciosa, simples o tabicadas.

ANGULOS:

Son cuatro anterosuperior, anteroinferior, posterosuperior y posteroinferior. Los tres últimos no ofrecen ninguna particularidad. El angulo superior esta presentado por la apófisis ascendente del maxilar, su base forma cuerpo con el hueso; su vertice, rugoso se articula con la apófisis orbitaria interna del frontal; su cara interna forma parte de las fosas nasales; su cara externa, lisa de inserción a diversos musculos su borde anterior rugoso se articula con los huesos propios de la nariz, su borde posterior limita por dentro el contorno de su órbita (en este borde se ve un canal que constituye a formar con el unguis, el canal lacrimonasal).

CONFORMACION INTERIOR:

Seno maxilar.- El maxilar está formado casi exclusivamente de tejido compacto; sólo hay una pequeña masa de tejido esponjoso en la parte anterior de la apófisis palatina, en la base de la apófisis ascendente y a nivel del borde alveolar, En el centro del hueso se halla una vasta excavación de la misma forma general que el hueso llamado seno maxilar ó antro de Highmore.

Tiene la forma de una piramide cuadrangular, cuyo vértice de la apófisis piramidal y cuya base corresponde a su orificio de entrada.

MANDIBULA

Hueso impar, medio simétrico situado en la parte inferior de la cara, forma por si sola la mandíbula, se divide en dos partes: Una parte media ó cuerpo y dos partes laterales o ramas.

CUERPO:

Tiene forma de herradura con una concavidad dirigida hacia atrás. Se estudian en él una cara anterior y otra posterior un borde superior e inferior.

A).- CARA ANTERIOR:

- 1).- Presenta en la línea media la sínfisis mentoniana que termina en su parte inferior con una pequeña eminencia mentoniana.
- 2).- De derecha e izquierda de la sínfisis, una línea

ascendente, la línea externa (va de la eminencia mentoniana al borde de la rama).-

- 3).- Un poco encima de esta línea a nivel del sugundo premolar el agujero mentoniano, por el cual pasan el nervio y los vasos mentonianos.

B).- CARA POSTERIOR:

- 1).- Presenta a su vez en la línea media, cuatro eminencias dispuestas dos a dos, las apófisis geni (las dos superiores para los genioglosos y las dos inferiores para los genihioides).
- 2).- Una línea oblicuamente ascendente, la línea oblicua interna o milohioidea.
- 3).- Por encima de la línea y un poco por fuera de las apófisis geni. la fosita sublingual, (para la glandula del mismo nombre).
- 4).- Por debajo de esta misma línea y a nivel de los dos o tres últimos molares, la fosita submaxilar (para las glándulas del mismo nombre).

C).- BORDE SUPERIOR O ALVEOLAR:

Esta ocupada por las cavidades alvéolodentarias (para la implantación de los dientes).

D).- BORDE INFERIOR:

Redondeado y obtusó, presenta en su parte interna, inmediatamente por fuera de la sínfisis, la fosita digastrica para el musculo del mismo nombre.

En su parte externa lugar donde comienza las ramas, se encuentra ordinariamente un pequeño canal, por el cual pasa la arteria facial.

RAMAS:

Son cuadriláteras más altas que anchas, y están oblicuamente dirigidas de abajo arriba y de adelante atrás cada una de ellas presenta dos caras y cuatro bordes.

A).- CARAS:

De las dos, una es externa y la otra interna, la cara externa, plana presenta (sobre todo en su parte inferior) líneas rugosas para el masetero.

La cara interna.- Presenta en su centro el orificio superior del conducto dentario (para el nervio y los vasos dentarios inferiores). En el borde de este orificio por delante y debajo del mismo, se encuentra una laminilla ósea triangular, la espina de Spix.

De la parte posterior de este orificio parte un canal oblicuamente descendente, el canal milohioideo (para el nervio y vasos milohioideos). Toda la parte inferior de esta cara está sembrada de verrugosidades para la inserción del pterigoideo interno.

B).- BORDES:

Se dividen en anterior, posterior, superior e inferior.

El borde anterior, es cóncavo, formando canal.

El borde posterior, ligeramente encorvado en forma de "S" itálica, redondeado y obtuso, esta en relación con la parótida (borde parotideo).

El borde superior presenta, en su parte media, una gran escotadura, la escotadura sigmoidea por el cual pasan el nervio y los vasos masetericos, Por delante de la escotadura se levanta una eminencia laminar en forma de triangulo llamada apófisis coronoides (para el musculo temporal). Por atras de las escotaduras sigmoidea se encuentra una eminencia el condilo el condilo del maxilar, es clipsoide, aplanado de adelante atrás y canal eje mayor dirigido oblicuamente de fuera a dentro y de adelante atrás esta sostenida por una porción más estrecha, el cuello en cuyo lado interno se encuentra una depresión rugosa para el pterigoideo externo.

El borde inferior se continua directamente con el borde inferior del cuerpo, El punto saliente en que encuentra por detras el borde posterior de la rama constituye el angulo del maxilar o angulo mandibular (ginio de los antropologos). Mide de 156 a 160 grados en el recién nacido de 115 a 125 grados en el adulto y de 130 a 140 grados en el anciano (por la falta de los dientes.

3).- CONFORMACION INTERIOR:

Conducto dentario inferior, la mandibula esta constituida por una masa central de tejido esponjoso circunscrita toda su extensión por una cubierta muy gruesa y resistente de tejido compacto. Recorre cada una de sus mitades un conducto el dentario inferior que comienza en la espina

de Spix se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante hasta el segundo premolar dividiéndose en este punto en dos ramas una externa conducto mentoniano y otra interna (conducto incisivo que termina por debajo de los incisivos.

GENERALIDADES DE LOS DIENTES RETENIDOS

DEFINICION:

Se denomina dientes retenidos ó incluidos aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención dentaria puede presentarse en dos formas:

1).- RETENCION INTRAÓSEA:

El diente esta completamente rodeado por tejido óseo.

2).- RETENCION SUBGINGIVAL:

El diente esta cubierto por mucosa gingival.

ETIOLOGIA:

1).- Causas Locales:

A.- Falta de espacio.

B.- Condensación ósea.

C.- Patologías locales, (tumores ó quistes odontogénicos)

D.- Pérdida de espacio por migración de organos dentarios permanentes.

E.- Irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente.

F.- Inflammaciones crónicas continuadas con su resultante.

G.- Una membrana mucosa muy densa.

H.- Indevida retención de los dientes primarios.

I.- Enfermedades adquiridas tales como necrosis debido a infecciones ó abscesos.

J.- Cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantemáticas en los niños.

2).- Causas Embriológicas:

A.- Herencia.

B.- Mezcla de razas.

3).- Causas Sistemicas:

A.- Posnatales

Todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño.

1).- Anemia

2).- Sífilis Congénita

3).- Raquitismo

4).- Tuberculosis

5).- Desnutrición

B.- Prenatales:

Hereditarias

Congénitas

4).- Condiciones poco frecuentes como:

A.- Síndromes

Disostosis cleidocraneal.

Gorlin y Goltz

Gardner

Turner

Oxicefalia

Progeria

Acrodoplasia

Paladar fisurado

B.- Enfermedades Nutricionales.

C.- Acondroplasia.

1).- Disostosis Cleidocraneal.-

Es una condición congénita muy rara, en la cual hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia

completa ó parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios.

2).- Oxicefalia.-

Es llamada (cabeza crónica) en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

3).- Progeria.-

Presenta envejecimiento prematuro, es una forma de infantilismo caracterizado por estatura pequeña, ausencia de vello facial y pubico, piel arrugada cabello gris y el aspecto facial actitudes y marchas del anciano.

4).- Acondroplasia.-

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

5).- Paladar Fisurado.-

Es una deformidad, se manifiesta por una fisura congénita en la linea media.

Las mismas causas locales y generales pueden ser el factor etiológico de dientes en mala posición ó no erupcionados.

Según Waite existen tres teorías, que son:
La Ortodontica, La filogenetica y la mendeliana.

ORTODONTICA:

Ya que el crecimiento normal de la mandibula y el movimiento de los dientes se hacen en una dirección anterior; Cualquier cosa que interfiera con tal desarrollo,

causará inclusión dental.

Ocasionalmente, una pérdida de los dientes desiduales pueden causar una retención del desarrollo de la mandíbula y/o una posición inadecuada de los dientes permanentes, dando por resultado inclusiones dentarias.

FILOGENETICA:

La naturaleza trata de eliminar aquellos que no se utiliza y nuestra civilización con sus hábitos nutricionales cambiantes, prácticamente ha eliminado la necesidad humana para mantener mandíbulas grandes y poderosas.

MENDELIANA:

En forma hereditaria se transmite la mandíbula pequeña de uno de los padres y dientes del otro.

FRECUENCIA:

Según la estadística de Berten- Cieszymski la frecuencia que corresponde a los dientes retenidos es la siguiente;

Tercer Molar Inferior	35.0%
Canino Superior	34.0%
Tercer Molar Superior	9.0%
Segundo Premolar Inferior	5.0%
Canino Inferior	4.0%
Incisivo Central Superior	4.0%
Segundo Premolar Superior	3.0%
Primer Premolar Inferior	2.0%
Incisivo Lateral Superior	1.5%
Incisivo Lateral Inferior	0.8%
Primer Premolar Superior	0.8%
Primer Molar Inferior	0.5%

Primer Molar Superior	0.4%
Incisivo Central Inferior	0.4%
Segundo Molar Superior	0.1%

COMPLICACIONES ORIGINADAS POR LOS DIENTES RETENIDOS

COMPLICACIONES MECANICAS:

A).- Transtornos sobre la colocación de los dientes.

El trabajo mecánica del diente retenido, en su intento de "Desinclusión" produce desviación en la dirección de los dientes vecinos y aún transtornos a distancia como el que produce el Tercer Molar sobre el canino e Incisivos, a los cuales desvia de su normal dirección, produciendo entrecruzamiento de los dientes.

B).- Transtornos sobre la integridad anatómica del diente.

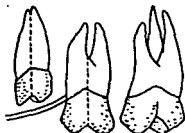
La constante presión que el diente retenido ó su saco dentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el centro, en la dentina y aún en la pulpa de estos dientes.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

Las variaciones en la posición del tercer molar son menores en el maxilar que en la mandíbula. La retención del molar puede ser INTRAOSEA ó SUBMUCOSA. En este termino puede estar parcial ó totalmente retenido.

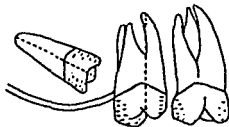
POSICION VERTICAL:

El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial ó totalmente cubierto por hueso.



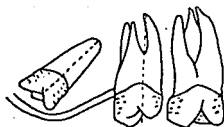
MESIOANGULAR:

El eje del tercer molar retenido esta dirigido hacia adelante, en esta posición la raíz del molar esta vecina a la apofisis pterigoides, Esta posición no es frecuente



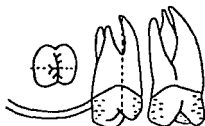
DISTOANGULAR:

El eje del molar esta dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apofisis pterigoides con la cual puede estar en contacto.



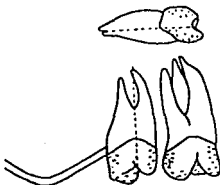
HORIZONTAL:

El tercer molar esta dirigido hacia el carrillo, con el cual, la cara triturante suele tambien dirigirse hacia la boveda palatina, el molar puede erupcionar en la boveda.



PARANORMAL:

El molar retenido puede ocupar diversas posiciones, (que no se encuentren en la clasificación dada.)



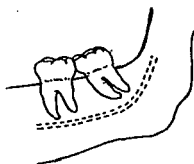
CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES DE ACUERDO A SU POSICION

Con fines quirurgicos se ha clasificado a los terceros molares para su extracción, ya que según su posición la técnica a seguir tendrá algunas variantes.

Los terceros molares se han clasificado en tres tipos de clases dependiendo de su localización.

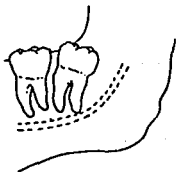
CLASE I

Cuando el tercer molar ha hecho erupción.



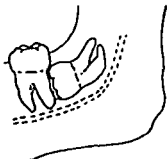
CLASE II

Cuando el tercer molar ha hecho erupción una parte de su cuspe.



CLASE III

Es cuando está completamente retenido puede ser intra ósea ó submucosa.



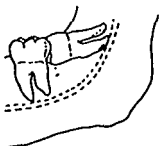
DISTINTAS VARIEDADES DE RETENSION

El tercer molar inferior retenido se presenta en el maxilar en distintas posiciones y en diferentes desviaciones.

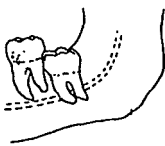
Estos detalles permiten estudiar una rigurosa clasificación del tercer molar, útil e indispensable para tener éxito quirúrgico.

CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO Y SUS POSICIONES

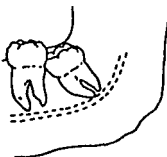
HORIZONTAL



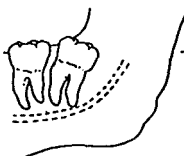
VERTICAL



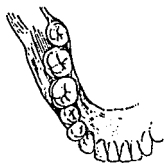
MESIOANGULAR



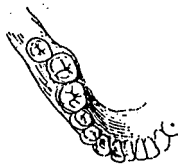
DISTOANGULAR



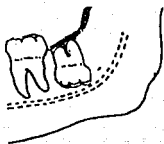
LINGUO BUCAL



BUCOLINGUAL



PARANORMAL.



ANESTESIA

ANESTESIA REGIONAL:

Es una técnica que se emplea para bloquear el paso del dolor a lo largo de un tronco nervioso, por medio de una inyección de solución analgésica alrededor del mismo, en un sitio donde el nervio no está protegido por el hueso.

Los bloqueadores usados en cirugía dental pueden considerarse dentro de los que abarcan.

El nervio Maxilar y sus ramas.

El nervio Mandibular y sus ramas.

NERVIO MAXILAR:

Las inyecciones se pueden emplear para bloquear los siguientes nervios.

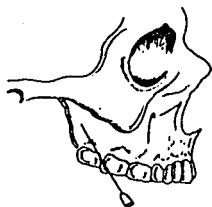
- 1).- Nervio palatino posterior, medio y nasopalatino.
- 2).- Nervio dental posterior.
- 3).- Nervio dental medio.
- 4).- Nervio dental anterior. El bloqueo es infraorbitario.
- 5).- Nervio Maxilar superior.

TECNICA DE BLOQUEO SUPERIOR.

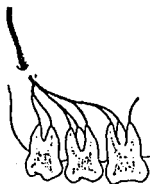
NERVIO DENTAL POSTERIOR O CIGOMATICA:

Para bloquear los posteriores superiores se penetra la aguja con una angulación de 45° atravesando el segundo molar por la cara vestibular y dirigiendolo hacia los apices del tercer Molar.

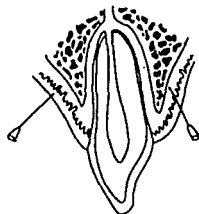
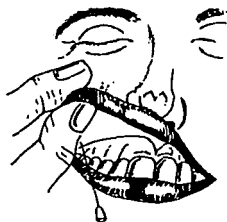
NERVIO DENTARIO SUPERIOR Y POSTERIOR.



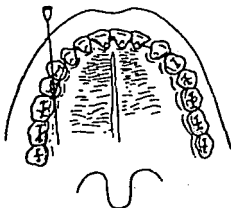
NERVIOS DENTARIO SUPERIOR Y POSTERIOR



Nervio dental posterior. La raíz mesio-bucal del primer molar se inerva por el nervio dental anterior o por el medio.



TECNICA SUPRAPERIOSTICA



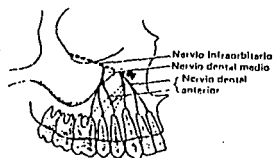
PALATINO POSTERIOR



NERVIO MAXILAR SUPERIOR

NERVIO DENTAL MEDIO:

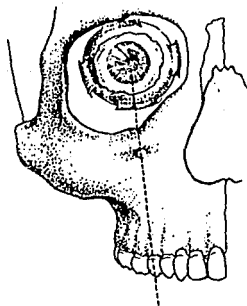
Este nervio está ausente en un 50% de los pacientes, sin embargo cuando está presente, inerva la raíz mesio bucal del primer molar superior.



El nervio infraorbitario mostrando los ramos dentales anterior y medio. Cuando el nervio dental medio está ausente, los premolares son inervados por fibras del nervio dental anterior que se muestra con la línea punteada angosta.

TECNICA DE BLOQUEO INFRAORBITARIA:

Esta técnica proporciona analgesia del nervio dental anterior que inerva los incisivos y caninos superiores, por lo regular también el dental medio que inerva los premilares superiores y la raíz mesio bucal del primer molar.



El agujero infraorbitario se encuentra en una línea que une el segundo premolar superior y la pupila del ojo, cuando el paciente ve hacia el frente.

NERVIO MANDIBULAR:

Se puede emplear inyecciones para bloquear los siguientes nervios.

- 1).- El nervio incisivo, Se bloquea por medio de una inyección mentoniana.
- 2).- El nervio dental inferior.
- 3).- El nervio lingual.
- 4).- El nervio bucal largo.
- 5).- El nervio mandibular.

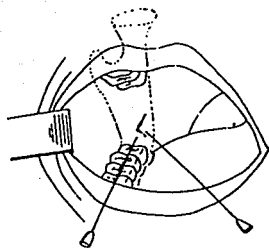
TECNICA DE BLOQUEO INFERIOR:

REGIONAL, TRONCULAR, DENTARIO INFERIOR.

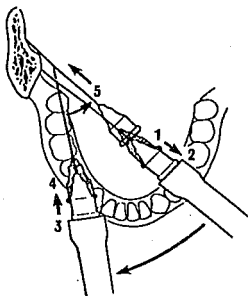
Lo explicaremos por etapas la técnica directa para bloquear el nervio dental inferior.

- 1).- Inserción inicial de la aguja, topar siempre con hueso.
- 2).- Retiro parcial después de tocar el hueso.
- 3).- La jeringa se mueve paralela a los molares inferiores del otro lado.
- 4).- Inserción de la punta de la aguja más allá del borde oblicuo interno.
- 5).- La jeringa regresa a su dirección original y se completa la inyección.

TECNICA DE BLOQUEO INFERIOR



REGIONAL MANDIBULAR



BUCAL LARGO:

Es una rama de la división anterior del nervio mandibular

Para bloquear este nervio por separado se sigue la línea gingival de los molares por bucal hasta topar con hueso, y se deposita un cuarto de cartucho.

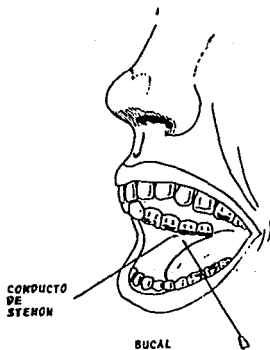
NERVIO LINGUAL:

La analgesia se puede obtener por tres métodos:

- 1).- Bloqueo del nervio lingual al mismo tiempo que se administre una inyección al nervio dental inferior.
- 2).- Infiltración submucosa de 0.5 ml. de analgésico unos cuatro milímetros debajo, y de tras de la región del tercer molar inferior en su cara lingual.
- 3).- Infiltración de solución analgésica inmediatamente lingual a la encía ó mucosa que se va a tratar.



BUCAL LARGO



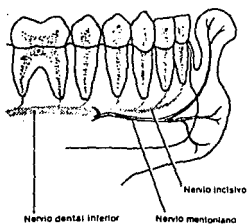
BUCAL

TECNICA MENTONIANA:

El agujero mentoniano normalmente se encuentra debajo del apice del segundo premolar, ó menos común debajo y entre los ápices del primero y el segundo premolares inferiores.

Sin embargo es variable, y si se dispone de una radiografía, es útil observar el sitio del agujero mentoniano.

Su dirección es hacia adelante, por lo que debe inyectarse por atrás, se retrae el labio y la mejilla para permitir la inserción de la jeringa.



Nervios incisivo y mentoniano.



TRATAMIENTO PREOPERATORIO

Las operacines de cirugía bucal no escapan a la necesidad de una buena técnica preoperatoria, La apreciación del estado de salud de un paciente en visperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin riesgo, y en caso contrario adoptar las medidas conducentes a que ese riesgo desaparezca o sea reducido en su mínima expresión.

Se dice entonces que el conjunto de circunstancias bajo las cuales se efectua una intervención, como factor determinante en el éxito de ésta, por lo tanto deberá presentarse particular atención a los cuidados encaminados a rodear al paciente de las mejores condiciones posibles para la feliz realización del acto quirurgico y su evolución favorable.

Estos cuidados se pueden clasificar en dos grupos:

- 1).- Corresponde propiamente al paciente, a su estado general, condiciones fisicas y preparación de la región.
- 2).- Se refiere al medio en que tendrá que desarrollarse la intervención.

El odontólogo deberá hacer cuidados preparativos para los procedimientos electivos y acostumbrará dar varios repasos antes de operar.

La historia clinica del paciente, los resultados de los rayos X y el diagnostico debere revisarse para tener la seguridad de que no ha habido cambios subsecuentes en el estado de salud que el paciente fue visto por primera vez, y valorar su estado general.

El laboratorio es un gran auxiliar como complemento de nuestro estudio, pues el resultado de éstas logrará la mejor disposición, preoperatoria.

Entre las pruebas de rutina deben hacerse las siguientes;

EXAMEN DE SANGRE:

Es el elemento más importante de la economía, cualquier alteración de ella revela un estado de enfermedad fácilmente identificable por la modificación observada en su estructura.

GLOBULOS BLANCOS:

El número normal de leucocitos circulantes puede variar considerablemente según edad, sexo y estado fisiológico del paciente.

Se registra aumento en el número de leucocitos circulantes durante la actividad muscular intensa, después de las comidas, por exposición de temperaturas externas, administración de adrenalina, durante el embarazo y trabajo de parto.

QUIMICA SANGUINEA:

La química sanguínea se realiza para conocer las cantidades de los elementos de la sangre, los elementos formes, por lo tanto se relacionan con el plasma, el cual está compuesto de iones moléculas; orgánicas y agua,

Mencionaremos otras pruebas de laboratorio no menos importantes como son:

Diagnostico Serologico de Sifilis.

Examen de orina.

PREPARACION DE LA REGION

La cavidad bucal es un área sumamente difícil de esterilizar, sin embargo, puede asearse y tratarse de modo que queden en ella relativamente pocos microorganismos.

Los dientes pueden limpiarse de cálculos y placas que albergan bacterias por medio de descamación y curetaje previos al procedimiento quirurgico inmediatamente antes de la operación el paciente deberá enjuagarse la boca a fondo con un enjuague bucal antiséptico.

Por lo tanto debemos ser cuidadosos y utilizar cierto equipo, instrumental y materiales que son necesarios en odontología general.

INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS

- 1).- Bisturi.- Mangos # 3, 4 y Hojas # 11, 12, 15.
- 2).- Periostótomo.- Finas, Medianos, Gruesos.
- 3).- Legra.- Finas, Medianas, Gruesas.
- 4).- Tijeras.- Rectas Curvas, Con punta.
- 5).- Ceparradores.-
- 6).- Pinzas.- Mosquito, Rocher, Alice, Dissección.
- 7).- Porta Agujas.-
- 8).- Agujas.- Traumáticas, Atraumáticas Finas, Gruesas y Medianas, Curvas, Semilunar y Rectas.
- 9).- Sutura.-

INSTRUMENTAL DE TEJIDOS BLANDOS

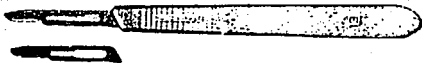
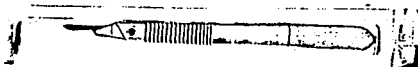
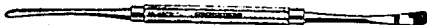


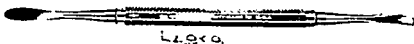
Fig. 2-1. Bisturi de hoja intercambiable.



Bisturi descartable, de hoja intercambiable.



Peristótomo.



Tijera de Neumann.



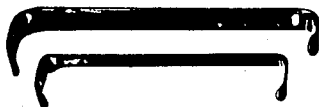
Tijera recta.



Tijera curva.



Tijera curva de hojas pequeñas.



Separador de Farabeuf.

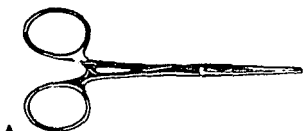
INSTRUMENTAL DE TEJIDOS BLANDOS



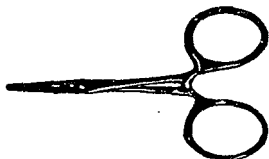
Pinzas de disección: a. dentada, b. de dientes de ratón.



Pinza con ramas en bayoneta.

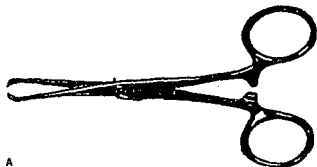


A



B

Pinzas de Kucher, común (A) y mosquito (B).



A



B

A. Pinza traumática de Chaput. B. Pinza hemostática.



A



B

Portaagujas. A. curvo; B. recto.



A

Sutura.

INSTRUMENTAL DE TEJIDOS DUROS

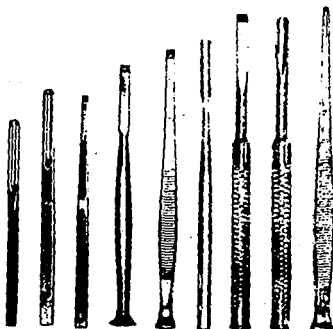
- 1).- Osteotomo.- Gubias = Alveolotomo = Cizallas.
- 2).- Escofina.- Lima.
- 3).- Escoplos.-
- 4).- Martillo.-
- 5).- Fresas Quirurgicas.-
- 6).- Cureta de Lucas.-
- 7).- Elevadores.- Rectos, De Bandera, Apicales.
- 8).- Forceps.- Superiores, e Inferiores.



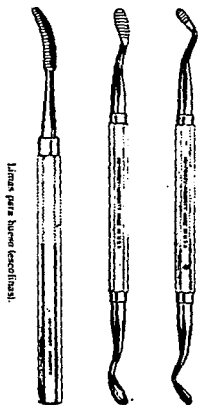
Pinza gubia de ramas rectas.



Pinza gubia de ramas curvas.

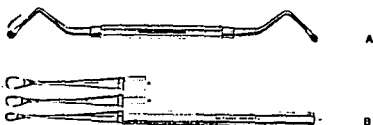


Escoplos.

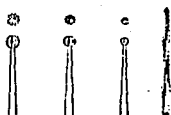
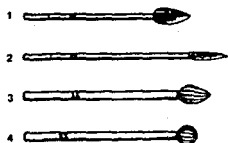


Limas para hueso escofina.

INSTRUMENTAL DE TEJIDOS DUROS



Cuchas para huesos. A, ucodada en ambas extremas. B, rectas.



1 y 2. Fresas quirúrgicas de Schamberg; 3 y 4. Fresas que se utilizan para caucho, que pueden emplearse en cirugía bucal. (Del catálogo de S. S. White.)

Fig. 2-22. A, B y C. Fresas quirúrgicas redondas diseñadas por Alport (catálogo de S. S. White); D. Fresa quirúrgica de Lindemann.



Martillo.

TECNICA QUIRURGICA

TIEMPOS OPERATORIOS:

Diéresis de los tejidos, 'Operación Propiamente dicha y síntesis de los tejidos son los Tiempos Operatorios de Cirugía.

En el terreno de la cirugía bucal debemos considerar por regla general los siguientes Tiempos.

- 1).- Insición y Desprendimiento del Colgajo.
- 2).- Osteotomía u Osteotomía.
- 3).- Operación Propiamente Dicha.
- 4).- Tratamiento de la Cavidad Osea.
- 5).- Sutura.

INSICION Y DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

Esta es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención.

En la cavidad oral tienen el mismo fin, abrir el tejido gingival por medios mecánicos corrientes como son el bisturí y las tijeras. Realizada la insición se coloca entre los labios de la herida, o entre la fibromucosa y las piezas dentarias, una legra, espátula y periostomo. Apoyándose contra el hueso y son suaves movimientos de lateralidad y girando la espátula se desprende el colgajo de sus inserciones en el hueso.

OSTECTOMIA Y OSTEOTOMIA:

Osteotomía.- Es la parte de la operación, que consiste en abrir hueso.

Ostectomía.— Es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación.

La fresa es el instrumento principal para practicar la ostectomía y el segundo sería el escoplo, de acuerdo a la técnica a seguir y al operador.

Es de suma importancia el estudio de las porciones coronarias y radicular, para planear con los datos radiográficos, el método que convenga para que la cirugía cumpla con los siguientes principios o postulados:

1).— No debe existir ninguna molestia.

Ni durante ni después de la intervención quirúrgica

2).— Debemos traumatizar lo menos posible.

Tanto tejidos duros como blandos.

3).— Debemos efectuar la extracción del diente completo.

El principio fundamental, es el de traumatizar lo menos posible, realizando la cantidad de resección ósea necesaria como para que el diente retenido pueda abandonar su lecho óseo, sin daño para el hueso ni para los dientes vecinos, sobre todo los próximos a los ápices, evitando así lesiones sobre el paquete nutrico.

Cuando las condiciones sean favorables pueden aplicarse las indicaciones dadas para la odontosección. En caso de los Terceros Molares, siendo de suma importancia el criterio y la experiencia del operador.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA:

Con la ejecución del tiempo objeto de la operación que en este caso es la extracción del Tercer Molar Retenido se

debe cumplir la finalidad misma de la intervención quirúrgica y de ningún modo puede realizarse saltando los tiempos operatorios que la preseden ni queda debidamente asegurada, sino seguida del tratamiento de la cavidad ósea y en caso de las suturas necesarias.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA:

La cirugía del tercer molar retenido requiere un tratamiento especial de la cavidad ósea, bien por que el hueso está afectado ó bien porque la índole de la operación así lo exige, o para evitar hemorragias o dolores posoperatorios.

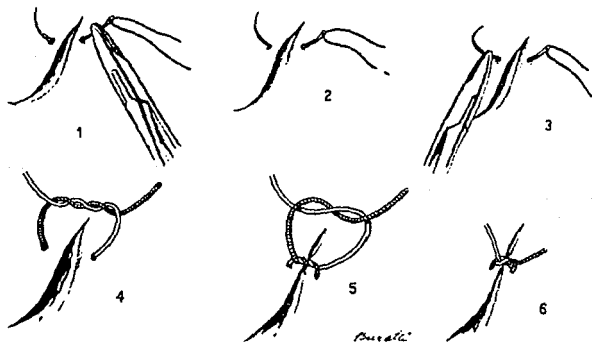
SUTURA:

Es una maniobra que tiene por finalidad reunir los tejidos separados por la insición y es indispensable en nuestra cirugía, El tipo de sutura que se utilice en la operación queda a criterio del operador.

SUTURA

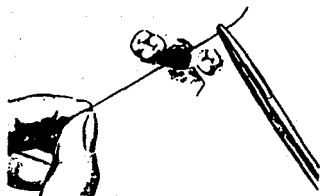
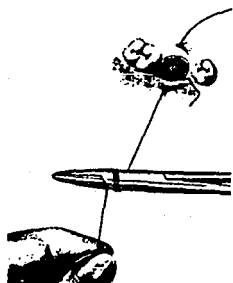
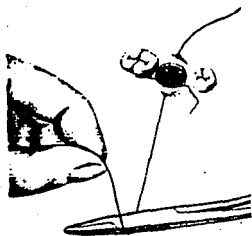
Maniobra que tiene por finalidad reunir los tejidos separados por la incisión e indispensable en cirugía bucal.

No sólo la acostumbramos en grandes incisiones, sino hasta para reunir los bordes gingivales tras una simple extracción dentaria. En cirugía bucal se acostumbra iniciar la sutura en la cara palatina o lingual del maxilar y terminar en la bucal, en las incisiones situadas en una sola cara, la aguja debe ser dirigida desde lo más complicado a lo más simple, esto es de distal a mesial.



Técnica de la sutura. 1. la aguja perfora ambos labios de la herida; 2. el portaguaja abandona la aguja y vuelve a tomarla por su extremo anterior; 3. 4. pasado el hilo se realiza el primer nudo (ver técnicas en la figura 3-23); 5. con la misma técnica se realiza el segundo nudo; 6. el nudo está terminado.

SUTURA



COMPRESAS CALIENTES Y FRIAS:

Se le indica al paciente que coloque hielo envuelto en tela ó compresas frias sobre la cara durante las 8 horas siguientes ala operación. El hielo debe aplicarse a la cara por fuera de la zona operada 20 minutos y quitarselo diez esto se hace las 24 ó 48 horas despues de la operación. Y a las 48 horas se puede aplicar compresas humedas calientes.

El frio es para reducir al minimo la inflamación y el calor para que aumente la circulación.

HIGIENE BUCAL:

El paciente no debe escupir ni enjuagarse la bacadurante las primeras 12 horas despues de la operación. Se recomienda cepillarse con cerdas suaves para no lesionar los tejidos así como la lengua y los dientes que no fueron afectados por la operación así puede hacerse limpieza afondo.

Al dia siguiente el paciente puede enjuagarse.

DIETA:

El paciente debe recibir instrucciones explicitas acerca de mantener una ingestión adecuada de alimentos y liquidos. Alimentos para bebé, gelatinas, flanes, natillas, polvos para preparar bebidas que contengan suplementos alimenticios preparaciones de dieta liquida, polvos que se mezclan

con leche y sopas son elementos que pueden sugerirse al paciente.

Aveces una pequeña cantidad de sangre ingerida, produce náusea y vomito, algunos sorbos de bebidas carbonadas son útiles para soslavar estos episodios. La náusea produce salivación profusa y hace escupir lo cual estimula el sangrado. Esto puede volverse un círculo vicioso y debe suprimirse pronto. El factor importante que tener en mente y recalcar al paciente es que debe mantener la ingestión adecuada de líquidos y alimentos de acuerdo con su edad, peso, estatura y actividad.

MEDICACION:

Todo paciente debe recibir una receta para analgésico ó narcótico. El dolor no es del todo previsible e incluso procedimientos simples y rápidos pueden ser estrictamente dolorosos. El paciente puede emplearse su aspirina acostumbrada pero puede tener necesidad de un medicamento más fuerte y tenerlo a la mano ó al alcance. La receta debe ser para una cantidad de droga que baste de 48 horas.

Si persiste más allá de este tiempo es necesario un medicamento más fuerte justificada la valoración del dentista. Los antibióticos pueden recetarse como medicación sistémica en el periodo posoperatorio de algunos procedimientos quirúrgicos bucales.

SUEÑO:

El paciente debe dormir sobre almohadas cubiertas con una toalla ó alguna otra cosa de altura equivalente que le

mantenga la cabeza elevada en un ángulo de aproximadamente 30 grados. La herida puede producir un pequeño exudado durante la noche y debido a que las heridas intrabucales estimulan la salivación con frecuencia, puede haber escurrimiento de saliva teñida de sangre durante la noche.

ACTIVIDAD FISICA:

No hay duda que el paciente se recupere y regrese más rápidamente a sus niveles de actividad normal si se le aconseja que descanse durante uno ó más días después de la operación, según la extensión de la cirugía.

Debe advertirsele de antemano cuanto tiempo necesitará para descansar y recuperarse.

INFLAMACION Y TRISMO:

El grado de incapacidad posoperatorio es invariable y a veces inesperado. Inflamación y trismus durante las primeras 48 horas y después de la operación suele atribuirse al traumatismo asociado con la cirugía. Si los signos y síntomas empeoran a las 48 horas debe considerarse la posibilidad de una infección. El aumento de la temperatura y la inflamación que estira el tejido y es muy suave a la palpación son pruebas de infección y debe pensarse en administrar tratamiento antibiotico.

CITAS:

El paciente debe entender claramente su asistencia posoperatoria. Si se han colocado suturas ó apositos, deben establecerse fecha y hora definidas para su proxima cita

con el fin de retirarlos debe establecer tambien un tiempo definido para volver a ver al paciente.

El odontólogo que opera debe estar ala disposición del paciente 24 horas al dia y siete días ala semana, Esto significa que el paciente debe saber y tener su número de telefono para que el paciente tenga buena atención posoperatoria y que este constantemente a la disposición, para cualquier atención de urgencia.

CONCLUSIONES

La cirugía bucal es una rama de la odontología, y como su nombre lo indica es una obra manual, en la cual el cirujano se intrduce en los tejidos del paciente, para tratar ó reparar situaciones patologicas del paciente.

Y lo debe hacer por medio de la cirugía que le permita anular el dolor.

Evitar ese dolor que está en nuestras manos, por medio de la anestesia, extirpar un organo ó una región del cuerpo de quien tiene esta indicación de eliminación.

En la cirugía bucal todos los organos dentarios retenidos deben ser extraidos de preferencia ya que estos pueden ser asintomaticos ó no puesto que producen dolor al ir erupcionando por la variedad de posiciones que estos presentan.

Por lo tanto pueden ocasionar problemas ortodonticos y patologicos.

Los ortodonticos por falta de espacio para que pueda erupcionar el tercer molar.

Los patologicos pueden ocasionar quistes y tumores a corto ó largo plazo.

BIBLIOGRAFIA

CIRUGIA BUCAL

Patología, Clínica y Terapéutica
Guillermo A. Riés Centeno
Editorial Buenos Aires
Novena Edición.

CIRUGIA BUCAL

Atlas paso a paso de
Técnicas Quirúrgicas.
Tomo I
W. Harry Archer
Editorial Mundi.

CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL

Daniel M. Laskyn
Editorial Médica Panamericana
Edición 1987.

CIRUGIA BUCAL

Dr. Gustavo O. Kruger
Editorial Interamericana.

CIRUGIA BUCAL

Patología Clínica y Terapéutica
Muller

ANESTESIA ODONTOLÓGICA

Dr. Niels Bjorn Jorgensen
Dr. Jess Hayden Jr.
Editorial Interamericana
Tercera Edición.

ANALGESIA LOCAL EN ODONTOLÓGICA

D. H. Roberts
J. H. Sowray
Editorial Manual Moderno.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

L. Testut y A. Latarjet
Editorial Salvat.



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLINICA

1.- DATOS GENERALES:

NOMBRE: ROMERO CORELLE ALMA DELIA TELEFONO: 6-18-50-66
EDAD: 37 años SEXO: FEMENINO EDO.CIVIL: CASADA
DIRECCION: SAN CABINO N. 864 L. 29 PEDREGAL DE SANTA URSULA
OCUPACION: _____ HOGAR: _____ FIRMA: _____
MOTIVO DE LA CONSULTA: CIQUIA DEL 3° MOLAR INE. DERECHO, HORIZO /-
NTAL

2.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

ALGUNA ENFERMEDAD DE PADEZCA DESDE LA INFANCIA: NO

SENSIBILIDAD A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS: NO

3.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS:

DIABETES: NO

HEMOFILIA: NO

4.- PADECIMIENTO ACTUAL:

QUISTE SINOVIAL MANO DERECHA

5.- ESTADO FISIOLOGICO DE LA MUJER:

MESTRUACION: REGULAR EMBARAZO: NO

LACTANCIA: NO MENOPAUSA: _____

6.- PROPENSION HEMORRAGICAS: NO

PRUEBAS DE LABORATORIO: NO

ESTUDIOS RADIOGRAFICOS: PERIAPICALES

EQUIPO # 4

DOCTOR: _____

CASOS CLINICOS DEL CURSO DE EXODONCIA

Se tomaron radiografias periapicales, se estudio el caso, se vio que el tercer molar estaba muy abajo y que se encontraba sobre el canal donde pasa el paquete vasculo nervioso, se estudio como se iba a realizar y se procedio hacer la cirugía.

POSICION HORIZONTAL CLASE III

En este tipo de retención la cara distal del retenido se encuentra por debajo del plano aclusal de los molares vecinos.

INCISION:

Se siguen los tiempos operatorios que para la posición horizontal clase III ya que debe permitir un amplio colgajo que descubra el hueso distal y hueso vestibular.

OSTECTOMIA:

Esta exige una amplia ostectomia para abordar la cara mesial y eliminar las distintas regiones óseas que protegen al molar.

Sin embargo quedará sujeta a lo que indique la radiografía y ala inspección clínica, se realizara con una fresa redonda y una de fisura.

TECNICA:

En contados casos se emplea unicamente la aplicación de elevadores, sin recurrir a la división del diente según el eje menor o el mayor.

En tonces se practicará la odontosección con una fresa de fisura eliminando la corona del diente retenido por vestibular. Con un elevador aplicado sobre la bifurcación de las raices y entones se proyecta al espacio dejado por la corona para extraerla, se procede a limpiar la cavidad y se sutura el colgajo con puntos que sean necesarios.



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLINICA

1.- DATOS GENERALES:

NOMBRE: MIGUEL RAMIREZ TELEFONO: _____
EDAD: 44 años SEXO: MASCULINO EDO. CIVIL: CASADO
DIRECCION: SALVATIERRA # 65 COL. OLIVAR PADRE
OCCUPACION: CHOFER FIRMA: _____
MOTIVO DE LA CONSULTA: EXTRACCIONES MULTIPLES Y ALVEOLOPLASTIA

2.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

ALGUNA ENFERMEDAD JE PADEZCA DESDE LA INFANCIA NINGUNA
SENSIBILIDAD A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS: NO

3.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS:

DIABETES: PADRES ABUELOS Y EL PACIENTE CONTROLADO TABULAMIDA
HEMOFILIA NO

4.- PADECIMIENTO ACTUAL:

DIABETICO CONTROLADO

5.- ESTADO FISIOLOGICO DE LA MUJER:

MESTRUACION: _____ EMBARAZO _____
LACTANCIA: _____ MENOPAUSA _____
NO

6.- PROPENSION HEMORRAGICAS

PRUEBAS DE LABORATORIO NO
ESTUDIOS RADIOGRAFICOS PERIAPICALES

EQUIPO # 4

DOCTOR: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

Extracciones multiples, por lo cual se tuvo que hacer regularización de proceso ó alveoloplastia.

La alveoloplastia ó alveolectomia es la eliminación quirurgica de una porción del proceso alveolar.

Cuando se realizan extracciones multiples, los contornos del reborde alveolar deberan tomarse en consideración respecto a la necesidad protetica futura ya que un reborde ideal tiene la forma de "U".

El objetivo es conservar la cantidad máxima de hueso, junto con un reborde adecuado, una vez terminado la regularización se lava perfectamente con suero fisiologico que no quede nada de fragmentos de hueso y se procede a suturar despues de haber acomodado bien el reborde y el colgajo se plancha bien el reborde.