

31822

30



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PRINCIPIOS BASICOS Y QUIRURGICOS
EN CIRUGIA ORAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ELIZABETH RODRIGUEZ VEGA



MEXICO, D. F.

1964

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.

DEDICATORIAS
Y
AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

SR. HUMBERTO RODRIGUEZ MACIAS.

SRA. GLORIA VEGA DE RODRIGUEZ.

Papás, creo que sin su ayuda y apoyo
difícilmente hubiera logrado llegar
hasta dónde ahora estoy.

GRACIAS.

A MIS ADDRADOS HIJOS:

**Gracias, por su comprensión y apoyo,
por quitarles un poco de su tiempo
que hubieramos podido aprovechar juntos.**

A MI ESPOSO:

**Con mi cariño eterno, por saber
comprender y esperar con paciencia
hasta el fin de esta meta.**

Gracias.

A MIS HERMANAS:
ALICIA, IRMA Y ARACELI.
Con mucho cariño.

A MIS ANIGOS Y AMIGAS:
Por su inestimable ayuda.

A TI:

Gracias.

A DIOS:

**Gracias te doy señor por darme la
oportunidad a mí y a mis padres
de habernos impulsado a ambos para
llegar a la culminación de esta
meta en mi vida, y por haber ilu-
minado mi camino acompañándome y
guiándome siempre.**

AL DR. JOSE LUIS CORTES BASURTO

Mi eterno agradecimiento por la ayuda tan desinteresada que siempre me brindó, con su apoyo para la realización de éste trabajo.

GRACIAS.

A TODOS MIS MAESTROS:

Porque cooperaron a la realización de esta meta en mi vida aportando sus enseñanzas y conocimientos a través de la carrera.

AL HONORABLE JURADO.

A LA UNIVERSIDAD
LATINDAMERICANA.

INDICE.

INTRODUCCION.....	9
-------------------	---

CAPITULO I

"DIERESIS O INCISION".....	11
----------------------------	----

- a) Definición.
- b) Principios de una incisión.
- c) Colgajos.
- d) Tipos de Colgajos.
- e) Principios Básicos para realizar un colgajo.
- f) Instrumental.

CAPITULO II

"HEMOSTASIA Y DISECCION".....	32
-------------------------------	----

- a) Definiciones.
- b) Medios para la hemostasia.
- c) Disección y Definición de Periostio.
- d) Finalidad de la Hemostasia y la Disección.
- e) Hemorragia o Sangrado.
- f) Tipos de Sangrado.
- g) Instrumental.

CAPITULO III

"OBJETIVOS DE LA INTERVENCION QUIRURGICA".....	52
------------------------------------------------	----

- a) Clasificación de los terceros molares y otros dientes retenidos.

- b) Extracción Dentaria (Osteotomía y Odontosección).
- c) Exodoncia por Disección.
- d) Tratamiento de la cavidad:
 - 1) Curetado.
 - 2) Lavado.
 - 3) Limado.
- e) Biopsia.
- f) Citología Exfoliativa.

CAPITULO IV

- "SUTURA O SINERESIS".....117
- a) Clasificación de suturas.
- b) Tipos de Suturas.
- c) Indicaciones.
- d) Requisitos que debe reunir una buena sutura.
- e) Técnicas para suturar.
- f) Instrumental.

CAPITULO V

- "INDICACIONES POST OPERATORIAS".....130
- a) Farmacología.
- b) Cuidados Post-Operatorios.

CONCLUSIONES.....158

BIBLIOGRAFIA.....160

INTRODUCCION.

La Cirugía Bucal es una intervención quirúrgica que involucra los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal, cuyo acceso está restringido por los labios y mejillas y además por los movimientos de la lengua y la mandíbula.

A ello se añade el riesgo de que esta cavidad comunica con la faringe, la cuál a su vez se abre en la laringe y el esófago.

Además este campo operatorio está inundado por la saliva habitado por el mayor número y la máxima variedad de microorganismos que se encuentran en el cuerpo humano.

Finalmente se ubica cerca de centros vitales. Es esencial, por lo tanto, que a la Cirugía Bucal, le sean concedidos el mismo estudio detallado y aplicación de principios quirúrgicos depurados que se conceden a la cirugía de cualquier parte del cuerpo.

Ninguna operación realizada por el Odontólogo está rodeada de tantos peligros como lo es en la Cirugía Bucal.

Actualmente en nuestro medio, es más frecuente encontrar terceros molares retenidos, debido a la reducción de espacio evolutiva del tamaño de los maxilares.

Una de las teorías actuales más aceptadas, nos dice, que ésto es debido a los requerimientos dietéticos. La dieta de nuestro tiempo no requiere de una fuerza de masticación excesiva, y esto es la causa de la falta de estímulo de crecimiento de los maxilares y la razón por la que el hombre moderno tiene dientes retenidos.

Por dicha razón, es la causa principal para efectuar dicha cirugía o extracción, para evitar posibles problemas en la cavidad bucal.

A cada paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, debemos practicarle una Historia Clínica, completa para prevenir las posibles complicaciones durante el tratamiento o acto quirúrgico y después de éste.

Así como también, un buen estudio radiográfico para valorar la posición y tipo de retención que presente dicho diente retenido, y de esta forma escoger un adecuado tratamiento quirúrgico más preciso y más eficaz para traumatizar lo menos posible al paciente, que es el fin de todo buen profesionalista.

CAPITULO I

"DIERESIS O INCISION".

DEFINICION:

La incisión es una maniobra u operación, mediante la cuál, se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención.

TECNICAS DE LA INCISION:

El bisturi se toma con la mano derecha como si fuera un lapicero, de forma tal que queden libres los dedos anular y meñique, para apoyarlos sobre la arcada dentaria vecina, el arco alveolar o un plano resistente, que puede estar dado a su vez por los dedos de la mano izquierda apoyada por su parte sobre la cara del paciente, a fin de darse fijeza y apoyo a la mano derecha y que el trazado de la incisión sea recto y de una sola línea.

LA INCISION:

Para realizar cualquier tipo de incisión es aconsejable mantener tensa la fibromucosa o encía con los dedos de la mano izquierda, los cuáles, al mismo tiempo apartan los labios o se apoyan sobre los separadores.

La elección del sitio de la incisión es previa al acto operatorio y está en consonancia con el tipo de la operación a realizar.

PRINCIPIOS BASICOS DE UNA INCISION:

El trazó de la incisión debe ser un trazo firme y profundo y de una sola intención.

Debe pensarse y programarse el tipo de trazado que se va a realizar en la mucosa, para tener una buena visualización del campo operatorio.

COLGAJOS:

DEFINICION: Las incisiones en la cavidad bucal, en general deben llegar en profundidad hasta el tejido óseo y han de seccionar para ello por lo tanto el tejido que cubre el hueso, llamado periostio.

A las incisiones cuando limitan un trozo de fibromucosa o mucoperiostio, se les denomina COLGAJOS.

TIPOS DE COLGAJOS:

INCISION EN ARCO DE PARTSCH: La clásica incisión en arco de Partsch, se usa para el tratamiento quirúrgico de los quistes de los maxilares.

INCISION DE NEWMAN: Para el tratamiento de la Parodontosis y de los focos apicales.

INCISION SEMINEWMAN: Es una modificación de la Newman, ya que ésta varia en que es una incisión que no se hace completa en su trazo.

INCISION EN FESTON DE LA BOVEDA PALATINA: Se usa para la extracción quirúrgica de los caninos retenidos.

INCISION ANGULAR: Hoy en desuso.

INCISION LINEAL: Se usa en lugar de la incisión angular, es para la extracción de los terceros molares inferiores retenidos, y se hace conjuntamente con la lineal de la mucosa o festoneando los molares inferiores, (primero y segundo molares), algunas veces para ampliar el campo y otras para hacer drenajes de abscesos.

INCISIONES PARA TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS:

En la actualidad se proveen de las mismas incisiones que se usan para los terceros molares inferiores retenidos, y así nos dan un mejor campo operatorio y no seccionan verticalmente la fibromucosa vestibular ni cortan los vasos que por ella pasan.

PRINCIPIOS BASICOS QUE DEBE REUNIR UN COLGAJO:

Es preciso que al reponerse en su sitio el colgajo, conserve su vitalidad y readquiera sus funciones.

Los postulados a los cuáles debe estar sujeto un colgajo son:

1) Al trazar la incisión y circunscribir un colgajo, es necesario que tenga una base lo suficientemente ancha como para proveer la suficiente irrigación y se evite de éste modo su necrosis. Al trazarse la incisión, debe tenerse presente el recorrido de los vasos de la zona para que no sean seccionados y se originen hemorragias de consideración.

2) BUENA VISUALIZACION: El trazado debe permitir una perfecta visualización del objeto a operarse y no obstaculizar las maniobras operatorias.

3) La incisión debe ser lo suficientemente extensa como para permitir un colgajo que descubra amplia y suficientemente el campo operatorio y se eviten desgarramientos del tejido gingival que siempre se traducen en necrosis de los tejidos blandos.

4) La incisión deberá hacerse de un sólo trazo y de una sola intención. Deberá tener sus ángulos redondeados, para tener un mejor desprendimiento del colgajo.

5) La incisión ha de trazarse de tal modo que al volver a adaptar el colgajo a su sitio primitivo, la línea de incisión repose sobre hueso sano e íntegro. Los puntos de sutura deben descansar sobre un plano óseo; de otra manera los puntos se desprenden, la incisión se abre nuevamente y el colgajo se sumerge en la cavidad ósea realizada, con los trastornos de la cicatrización correspondientes.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

Realizada la incisión, se coloca entre los labios de la herida, o entre la fibromucosa y la arcada dentaria una legra o un periostotómo.

Apoyándose decididamente contra el hueso, y con suaves movimientos de lateralidad con los cuáles gira el periostotómo sobre su eje mayor, se desprende el colgajo de su inserción en el hueso, elevando por lo tanto la fibromucosa y periostio.

El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión necesaria. Este colgajo se mantiene levantando

con un separador como sin dientes para que no lo traumatice.

Como el colgajo no ha de apoyarse sobre bordes cortantes, sino sobre bordes romos y lisos, los bordes rugosos, los bordes afilados y las crestas se alizarán con limas de hueso.

INSTRUMENTAL:

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE TEJIDOS BLANDOS:

BISTURI: En cirugía bucal se usa comúnmente un bisturi de hoja corta. Este instrumento consta de un mango y de una hoja de distintas formas y tamaños, y que, intercambiables son en algunos instrumentos. Se eligen según la clase de operación a realizar. En nuestra práctica preferimos el tipo de bisturi de Bard-Parker. Hay más tipos de bisturis como pueden ser el de Mead, cuya características consisten en la curvatura de sus hojas, forma de hoz, y su filo presente en ambos bordes.

También está el de Austin de la Mayo Clinic, que usa su propio bisturi; y el bisturi llamado zindestotómo, que se usaba para separar la encía del cuello del diente.

TIJERAS: Se les emplea para seccionar festones gingivales y trozos de encía en el tratamiento de la paradontosis.

TIJERAS NEWMAN: Se usan para la operación de la Paradontosis, son curvas, de buena adaptación y permiten alcanzar regiones palatina y lingual de difícil acceso.

PINZAS DE DISECCION: Con las dentadas es posible tomar la delicada fibromucosa bucal sin lesionarla. También la pinza de Kocher que permite tomar dicha fibromucosa sin ocasionarle daño alguno.

PINZAS DE DIENTES DE RATON: Con sus tres dientes permite sujetar firmemente el colgajo.

INSTRUMENTOS DE TERMOCAUTERIO Y RADIOBISTURI: Permiten efectuar la sección de los tejidos gingivales y con los mismos, pueden abrirse o destruirse abscesos o capuchones que cubren el tercer molar.

LEGRAS Y PERIOSTOTOMOS: Seccionada la fibromucosa, su separación y desprendimiento para preparar los colgajos, existen instrumentos como las legras que pueden apoyarse entre los labios de la herida y entre el mucoperiostio y el hueso. Pueden utilizarse espátulas rectas o acodadas; éstas últimas están indicadas en sitios difíciles de acceso. Estos también se emplean para quitar las bolsas de los quistes del hueso que los aloja.

SEPARADORES: Para mantener apartados los labios o los colgajos sin que sean heridos ni traumatizados, pueden emplearse los separadores de Farabeus; de extremos acodados, y el cuál se insinúa debajo del colgajo al cuál mantiene fijo.

Los periostotómos pueden asumir la función del separador para sostener y apartar el colgajo.

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE TEJIDOS DUROS:

ESCOPLOS Y MARTILLO: Son de uso muy frecuente en cirugía bucal, se les emplea para efectuar la sección quirúrgica (osteotomía) y aún en la resección (ostectomía) del hueso que cubre el objeto de la intervención.

La tabla externa en la extracciones del tercer molar inferior retenido, el hueso palatino que protege a los caninos y otros dientes retenidos, y en general la tabla ósea vestibular, y para eliminar los quistes de distinto tipo que se desarrollan en los maxilares.

También se emplean para secciones de dientes en las maniobras llamadas de odontosección.

ESCOPLO: Barra metálica con un extremo cortado a bisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado, actúa a presión manual o a golpes de martillo.

MARTILLO: Consta de una maza y de un mango que permite esgrimirlo con facilidad, debe ser dirigido por el mismo operador o por el ayudante.

ESCOPLO: Instrumento de diéresis semejante a un cincel que se emplea en osteotomía.

GUBIA: Es una clase de escoplo cuya lámina es en forma de una hoja acanalada que tiene una extremidad cortante, y se usa para regularizar.

PINZAS GUBIAS: Para realizar la resección de hueso, (ostectomía) podemos utilizar las denominadas pinzas gubias rectas o curvas.

Las pinzas gubias actúan extrayendo el hueso por mordiscos sobre este tejido, previa preparación de una puerta de entrada con los escoplos, como cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie del hueso.

Existen varios tipos y las hay con sus diferencias en la angulación o en sus bordes cortantes.

FRESAS: El empleo de fresas revoluciona o disminuye el tiempo de trabajo en algunos casos, pueden usarse las fresas comunes que son redondas del No. 5 al 8 o de fisura del No. 560. La fresa se coloca en la pieza de mano de baja velocidad, o en el ángulo según sean las necesidades.

Son asimismo útiles las fresas quirúrgicas de Schamber, las de Allport, las de Lindemann, etc.

LIMAS PARA HUESO: Se las usa para preparar maxilares que llevarán aparatos de prótesis o para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

PINZAS PARA TOMAR ALGODÓN, GASA, ETC.- El campo operatorio debe mantenerse libre de la sangre que mana de los vasos seccionados, así se proceda a eliminar la sangre con trozos de gasa aplicados sobre las heridas con pinzas para algodón o pinzas con ramas de bayoneta.

Esta pinza sirve también para introducir mechas en el interior de las cavidades óseas, alvéolos o cavidades patológicas.

PINZAS DE KOCHER: En cirugía general se les usa para la hemostasia. Comprimen la arteria o vena seccionadas, que quedan expuestas así para ser ligadas. Sin embargo, su empleo en cirugía bucal con fines hemostáticos queda reducido, dadas las pocas oportunidades que existen en ellas para la ligadura de vasos, por tratarse de vasos pequeños de la fibromucosa o de vasos grandes intraóseos cuya prehensión es imposible.

Hay dos tipos de pinzas: La común y la de mosquito.

Las pinzas de Kocher o su similar, la de Halsted, se usan en cirugía bucal como sostenedores de colgajos, o para tomar bolsas quísticas, trozos de hueso o de dientes del interior de una cavidad, tejidos patológicos o sangrantes, caso de éste último en que actúan como hemostáticas.

CUCHARILLAS DE O PARA HUESO: Los restos patológicos de granulomas, fungosidades, quistes, etc. deben eliminarse del interior de las cavidades óseas con cucharillas para hueso.

Estas son llamadas curetas, las hay rectas o acodadas, la parte activa puede tener formas y diámetros distintos.

PINZAS PARA EXTRACCIONES DENTARIAS: Son los instrumentos indicados para la exodoncia. Los elevadores se considerarán en el capítulo de la exodoncia.

MATERIAL QUIRURGICO.

ROPAS PARA EL CIRUJANO Y SUS AYUDANTES:

DELANTAL: Sin botones, se cierra por detrás por cintas.

Mangas hasta la muñeca, que pueden ser de tejido de punto, se usa también un pantalón.

CUBRECABEZA: Se usa para proteger la cabeza del operador.

TAPABOCA: Se conoce en cirugía como barbijo, y evita que la flora del cirujano llegue a aquél campo operatorio y asimismo lo protege de infecciones y de salpicaduras de sangre, pus, agua de lavajes y aún de que le salten restos óseos o dentarios. Los ojos del operador se protegen mediante unos anteojos.

ELEMENTOS DE USO IMPRESCINDIBLES.

GUANTES DE HULE: Completan las medidas de asepsia de la cirugía.

CEPILLOS: Indispensables para la limpieza de las manos.

También se deben usar jabón, alcohol, tintura de yodo, tintura de merthiolate, que son elementos de uso común y necesarios en la cirugía bucal.

COMPRESAS: Son trozos cuadrados de algodón o gasa o de hilo que cubren nuestro campo operatorio, para esta última finalidad, usamos las compresas fenestradas, esto es que se encuentra provista de un orificio oval en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores, que permiten dejar al descubierto los ojos y la boca, o bien la nariz y la boca del paciente.

GASAS: Son útiles los trozos pequeños de 5 x 5 cm. o de 5 x 10 cm.

ESTERILIZACION.

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

La asepsia es uno de los fundamentos de la cirugía moderna. Compréndanse elementos del sitio, donde se realiza la operación (campo operatorio), las manos y ropas del operador y ayudantes, los instrumentos, materiales o cuerpo de cualquier índole que formen parte del acto quirúrgico.

Por su parte la cavidad bucal con su riquísima flora microbiana no debe apartarse de este principio quirúrgico.

La esterilización de los elementos se hace por medios físicos y químicos.

AGENTES QUIMICOS: Denominados en terapéutica antisépticos y desinfectantes.

ALCOHOL: Se emplea para la antisepsia de las manos del cirujano y del campo operatorio y para conservar ciertos materiales.

ANTISEPSIA: Es el procedimiento por medio del cual se logra inhibir o destruir los gérmenes.

TINTURA DE YODO: (Yodo diluido en alcohol al 10 %). Usada en cirugía general, pues su aplicación en cirugía bucal es irritante y mal soportada por las mucosas orales.

No obstante la aplicamos en la antisepsia local del punto de punción de la aguja en las distintas anestésias, y en partes iguales con alcohol para pincelar los espacios

interdentarios, los capuchones del tercer molar, el sitio donde se practicará la incisión.

ACIDO FENICO: Tiene distintas propiedades anestésicas, pero se le emplea en solución alcohólica, para esterilizar el punto de punción, como en el caso de la tintura de yodo, estos sirven para conservar nuestros materiales de sutura.

TINTURA DE MERTHIOLATE: Sirve para las mismas aplicaciones que la de yodo, pero en la actualidad ha reemplazado a aquél.

AGENTES FISICOS.

Se emplea la utilización del calor seco y húmedo.

CALOR SECO: Lo proveen los aparatos consistentes en cajas metálicas cuyo ambiente se calienta por medio del gas o de la electricidad.

CALOR HUMEDO: Método simple es el de lograr ebullición (100°C) del agua contenida en un recipiente en el que se ha depositado un material a esterilizar. Más perfecto aunque complejo es el empleo de los aparatos denominado autoclaves, en que merced al calor bajo presión se obtienen temperaturas de 130 a 140 °C.

ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO.

INSTRUMENTAL: El instrumental metálico, requiere estufa seca y temperaturas de hasta 130°C, mantenida durante unos 30 minutos, dispuesto en sus cajas respectivas y acondicionadas según las circunstancias y necesidades.

Los bisturios o instrumentos con filo, pueden esterilizarse por medios químicos.

TUBOS DE GOMA O MATERIAL DE DRENAJE: Se esterilizan por ebullición durante 20 minutos. Se les retira del recipiente mediante una pinza previamente esterilizada, y se les conserva en recipientes anchos con alcohol.

JERINGAS: En emergencias se les podrá esterilizar por sumersión y ebullición en el agua, pero las esporas resisten temperaturas de los 100°C, por lo tanto es recomendable las desechables o esterilizar en calor seco.

DELANTAL DEL CIRUJANO Y DE SUS AYUDANTES; COMPRESAS Y GASAS: Deberán tener su adecuada esterilización en el autoclave.

GUANTES DE GOMA: Una vez limpios, se les puede envolver por pares y además proteger con una envoltura y puestos a esterilizar en el autoclave.

CEPILLOS: Se les esteriliza en ebullición por 20 minutos o bien, al autoclave.

HILOS DE SEDA Y NYLON: Se obtienen ya esterilizados.

EL LAVADO QUIRURGICO DE LAS MANOS.

Antes de tocar cualquier material o instrumental ya esterilizados, y por supuesto antes de realizar cualquier operación, el cirujano y sus ayudantes deben proceder a un minucioso lavado de manos y antebrazos con miras a su desinfección.

TECNICA: Enjuagan y jabonan sus manos; luego cepillan minuciosamente sus manos y uñas y antebrazos durante 10 minutos, con cepillos previamente esterilizados y luego enjuagan con alcohol que reciben de un recipiente portaalcohol.

Este recipiente acciona por medio de pedal, después de esto no se podrá tocar ya ni rozar mueble y objeto alguno que no haya sido esterilizado.

Acto seguido, se colocan los delantales y guantes esterilizados.

Consecuentemente el ayudante por su parte secunda lavando con agua y jabón líquido esterilizado la cara y orificios nasales del paciente, y desinfectados seguidamente colocará las compresas que delimiten el campo operatorio y preparar finalmente su mesa auxiliar, depositando sobre una compresa de gasa esterilizada los instrumentos y gasas que va a necesitar. Ya todo dispuesto se inicia la operación.

TIEMPOS OPERATORIOS.

Existen varios tiempos operatorios habituales en la cirugía general, sin apartarse de ellos, la cirugía bucal, por índole del terreno en el que actúa, adquiere una modalidad particular que hace que se consideren por regla general algunos otros tiempos operatorios que son:

- 1.- Incisión y desprendimiento del colgajo.
- 2.- Osteotomía y Osteóctomía.
- 3.- Operación propiamente dicha.
- 4.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 5.- Sutura.

EL CONSULTORIO DENTAL.

SILLON DENTAL: Debe constar con el mecanismo necesario para su ascenso y descenso de modo que el profesional realice con comodidad y eficiencia las intervenciones: sobre todo las que se refieren al maxilar inferior del lado derecho, para las cuáles el odontólogo debe situarse por lo común detrás del paciente y necesita de un amplio dominio y perfecta visión del campo operatorio.

TORNO DENTAL: De gran importancia en cirugía, se le emplea para seccionar piezas dentales o raíces o para la osteotomía. Debe tener sus piezas de mano y ángulos cambiables, con camisa metálica esterilizable.

Después de cada intervención su mecanismo interno debe ser limpiado para quitarle los restos de sangre que pueden introducirse.

MESA PARA INSTRUMENTOS: Debe ser metálica o de mármol, que la cubra una compresa esterilizada, sobre la cuál, se colocará el instrumental. Generalmente resulta cómodo para el operador tenerla a su derecha.

CAJAS PARA INSTRUMENTOS: Deben ser apropiadas, una vez limpios los instrumentos, se les deposita en las cajas y se les esteriliza en conjunto.

CAJAS PARA PINZAS DE EXTRACCIONES: Se emplean grandes cajas de metal, una para las pinzas que se usan en la exodoncia del maxilar superior, otra para las del maxilar inferior, y así se mantienen esterilizadas y listas para su uso.

CAJAS PARA INSTRUMENTOS COMUNES: Se colocan en cajas individuales un espejo, explorador, pinzas para algodón y una sonda y cucharilla.

CAJAS PARA INSTRUMENTAL DE CIRUGIA: Deben ser metálicas, cada una provista de letreros visibles para identificar el instrumental que contiene (quistes, exodoncias, dientes retenidos, etc.)

CAJAS PARA EXODONCIA: Se disponen en ellas un pequeño equipo para dicha intervención quirúrgica, que consta de:

Bisturí, pinzas de disección, espejo, pinzas para algodón, separador de periostio, separadores, portaagujas, tijeras, agujas enhebradas, etc.

CAJAS PARA INSTRUMENTOS DE SUTURA: Individualmente también se disponen instrumentos para sutura: Un par de agujas de distintas dimensiones y ya enhebradas, un trozo de hilo, unas tijeras para cortar el hilo, además de una pinza.

CAJAS PARA GUARDAR FRESAS: puede servir una caja pequeña, o si no empleamos un "frasero" metálico que nos permite tener fresas a nuestra disposición y mayor visualización de ellas.

NEGATOSCOPIO: Debe tener un sitio prácticamente útil sobre la mesa del equipo dental. Si las radiografías son pequeñas, pero si las radiografías son grandes, será útil disponer de un negatoscopio grande, con recuadros grandes, para radiografías extraorales, ambos con iluminación propia.

DISPOSICION DE LOS INSTRUMENTOS EN LA MESA: El orden debe ser fijo y cada vez que se use un instrumento, deberá colocarse nuevamente éste en su lugar.

SECTOR DERECHO DE LA MESA: Instrumental para seccionar las partes blandas, separarlas y mantenerlas: bisturi, pinzas de disección, y de dientes de ratón, tijeras rectas, pinzas de Kocher, Pinzas de algodón, pinza bayoneta, un espejo bucal, legras, espátulas romas y separadores. Ubicarse también en este sector los instrumentos destinados a la ostectomía y tratamiento de la cavidad ósea: escoplos, martillo, pinzas gubias, fresas para hueso, cucharillas para hueso.

SECTOR IZQUIERDO DE LA MESA: Instrumentos dedicados a la sutura, aguja, portaagujas, además exploradores especiales, gasas cortadas, suero fisiológico, con el cual se irriga el campo operatorio durante la intervención para evitar el calentamiento del hueso. Se ubican también en este sector

los instrumentos de exodoncia como son pinzas de extracciones y elevadores.

RECIPIENTE PARA DESPERDICIOS: Detrás del sillón y al alcance de la mano del cirujano.

ASPIRADORES DE SANGRE: Esto se hace por medio de un hemoaspirador cuando hay cirugias con bastante fluido de sangre, pero cuando es menor basta solamente con un eyector de saliva. Pero con los fluidos de la saliva y sangre a veces se forma una coágulo que tapa el eyector que resulta insuficiente y por ello hay necesidad de tener un aspirador ya sea fijo o portátil.

ASPIRADORES FIJOS: Son propios de sanatorios u hospitales en donde se dispone de un mecanismo central de aspiración.

ASPIRADORES MOVIBLES: Consiste en un aparato de 1/2 ó 1/4 HP.

ILUMINACION.

LAMPARA: Para una iluminación global de la cavidad bucal aceptable, sobre todo para las operaciones a efectuar en la región anterior de los maxilares y en la regiones de molares y premolares, bastará con cualquiera de los focos aplicados al equipo dental o los pendientes del techo.

Para extraer raices de molares inferiores, fracturadas por debajo del reborde alveolar, acto de mayores exigencias luminicas, se proveerá de una luz reflejada sobre un espejo bucal; y para que llegue al fondo del alvéolo, deberá sostenerse el espejo en una angulación suficiente.



Incisión de arco de Pertsch.



Incisión de Newman.

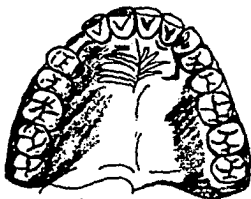


Incisión semi-Newman.

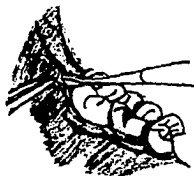


A) Incisión Angular (ya no se usa, línea punteada).

B) Incisión Lineal (usada comúnmente para terceros molares inferiores).



Incisión de la Bóveda Palatina.



Desprendimiento del colgajo con un periostotómo.



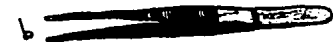
Bisturí de Bard Parker, de hojas intercambiables.



Tijeras Rectas.

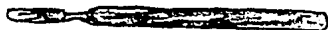


Tijeras Curvas
de hojas pequeñas.



A) Pinzas de disección Dentada.

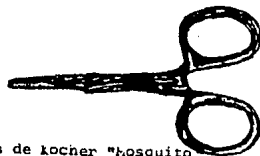
B) Pinzas de Dientes de Ratón.



Legra.



Periostótomo.



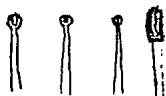
Pinzas de Kocher "Mosquito"



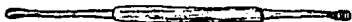
separadores de Farabeuf.



Pinzas Gubia de ramas curvas.



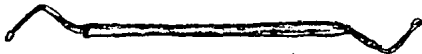
Fresas Quirúrgicas, redondas y de fisura.



Limas para hueso (Escofinas).



Pinza con ramas en bayoneta.



Cucharilla para hueso acodada en embos extremos.



Cucharilla para hueso recta.



Pinzas Hemostáticas.

CAPITULO II:

"HEMOSTASIA Y DISECCION".

DEFINICION: Hemostasia es la cesación espontánea o inducida del flujo de sangre, por rupturas en la integridad del sistema vascular.

La cesación espontánea y controlada comprende consideraciones que se superponen con respecto a los factores intravasculares, que incluyen: plaquetas sanguíneas, el calcio y la proteína de coagulación.

FACTORES EXTRAVASCULARES: Incluyen: el metabolismo general, sistemas orgánicos, tejidos conectivos, tejidos mucosos y tejidos cutáneos.

FACTORES VASCULARES: son el metabolismo general y el tipo, tamaño y la localización de los vasos sanguíneos.

FACTORES INTRAVASCULARES: Las plaquetas, con sus funciones de adhesión y agregación forman un tapón hemostático en los pequeños vasos. En los grandes vasos, otra función de las plaquetas es la retracción del coágulo, que desempeña un papel importante en el cierre de una abertura o ruptura en los vasos sanguíneos.

Una vez que la hemostasia se ha establecido y comienza la reparación de la herida, las plaquetas tienen aún otra función, que es la lisis y la remoción de la fibrina.

COAGULACION SANGUINEA : Hay una clasificación internacional de 13 constituyentes sanguíneos (12 proteínas y un calcio iónico), que participan en la coagulación sanguínea.

Estos factores de coagulación se designan con números romanos del I al XIII, representando el orden en que fueron identificados y no en el orden en que desempeñen su papel.

FACTORES DE LA COAGULACION.

FACTOR	TERMINOS DESCRIPTIVOS Y SINONIMOS.
I	Fibrinógeno.
II	Protrombina.
III	Tromboplastina.
IV	Calcio.
V	Proacelerina, acelerador, globulina, factor lábil, co-factor de la trom- boplastina o factor de Owen.
VI	Ya no se usa.
VII	Proconvertina, acelerador de la con- versión de la protrombina sérica, fac- tor estable, acelerador de la protrom- bina.
VIII	Factor antihemofílico, (AHF), globuli- na antihemofílica, tromboplastinógeno.
IX	Componente tromboplastinico del plas- ma, factor de Christmas.
X	Factor Stuart-Prower.

- XI Antecedente tromboplastinico del plasma.
- XII Factor de Hageman, factor de contacto.
- XIII Factor estabilizador de la fibrina,
(FSF), factor de Laki-Lorland.

El objetivo del primer estadio de la coagulación se refiere a la activación de la tromboplastina por el rápido sistema tisular extrínseco y por el sistema intrínseco o extravascular más lento en su acción, contribuyendo ambos a una vía común que produce tromboplastina activada.

Con respecto al sistema extrínseco, fundamentalmente todos los tejidos contienen un complejo de sustancias conocidas como tromboplastina (factor III), que es activada por la reacción enzimática de la B-globulina, proconvertina (factor VII), y el calcio libre (factor IV).

La producción del factor VII depende de la vitamina K producida por el hígado.

El sistema intrínseco se inicia por la activación del factor de Hageman (factor XII), por contacto con el colágeno.

El contacto con un portaobjetos de vidrio, también va a iniciar la coagulación de la sangre y permitir los estudios in vitro.

Después de la activación del factor XII hay una serie secuencial de activaciones en las que cada paso inicia al siguiente. El factor XII activa al antecedente de la

tromboplastina plasmática (factor XI), así el factor XI, activa al factor IX, éste a su vez activa al factor VIII.

La activación del factor VII y IX, requieren la presencia de los iones calcio (factor IV).

Una vez que los factores extrínseco e intrínseco han comenzado su activación de la tromboplastina, se activa una vía final común a ambos. El factor de Stuart-Prower (factor X), el factor de Owen (V); un factor plaquetario y el calcio iónico (factor IV), contribuyen en el orden dado a la activación final de la tromboplastina.

El objetivo del segundo estudio es convertir la enzima protrombina inactiva (II) en trombina por medio de la tromboplastina generada en el estadio I, en presencia del ión calcio. Se requieren cantidades adecuadas de factores V, VII y X para que se produzca esta conversión; por lo tanto, una deficiencia en cualquiera de estos factores traerá como resultado un tiempo de protrombina prolongado.

El objetivo del tercer estadio del sistema de coagulación, es convertir el fibrinógeno soluble en fibrina insoluble.

El fibrinógeno, por acción de la trombina es convertido en monómero de fibrina que se agrega para formar polímeros de fibrina.

Las pequeñas cantidades del factor estabilizante de la fibrina (XIII), que es activado por la trombina y el ión calcio, produce el entrecruzamiento de los polímeros de fibrina formando el coágulo de fibrina.

El grado de hipocalcemia que prolongaría la coagulación de la sangre, menos de 2.5 mg por 100 ml, no es compatible con la vida, y por lo tanto, la falta de calcio no es causa de un tiempo de coagulación aberrante.

FACTORES EXTRAVASCULARES: Los factores extravasculares involucrados en la hemostasia dependen del estado de salud, de la tonicidad y de la tensión de la mucosa, la submucosa, los tejidos cutáneos, subcutáneo, muscular y otros que rodean y soportan los vasos sanguíneos.

Las alteraciones que llevan a la atrofia de los tejidos subcutáneos (púrpura senil), la fragilidad de la piel (síndrome de Cushing), o la degeneración de los tejidos elásticos, pueden producir una púrpura benigna, y no ser alteraciones tan graves como las de los factores intravasculares defectuosos.

FACTORES VASCULARES: Las alteraciones de los vasos en sí, desde los capilares hasta las arterias y las venas, pueden producir un grupo de púrpuras vasculares.

Las etiologías varían desde el escorbuto, que es un deficiencia de vitamina C, que causa un defecto en el segmento intercelular de los vasos pequeños, hasta las que son resultado de infecciones de enfermedades renales crónicas y de alergias.

PRUEBAS DE LABORATORIO:

Los estudios de mayor valor clínico en el análisis de los factores de coagulación son:

- 1.- El tiempo de protrombina.

- 2.- El tiempo de tromboplastina parcial.
- 3.- El tiempo de generación de tromboplastina.
- 4.- El recuento plaquetario.
- 5.- La retracción del coágulo.

Para proveer una estimación de la integridad de los factores extra e intravasculares, se emplean el tiempo de sangría y la prueba del torniquete.

TIEMPO DE SANGRIA:

La prueba del tiempo de sangría mide la respuesta vascular a la hemostasia o la capacidad de los pequeños vasos para contraerse o retraerse, logrando un tapón de fibrina después de una lesión. La prueba mide el tiempo desde el traumatismo hasta la cesación de la hemorragia causada por una herida punzante. La prueba se realiza con una punción en el lóbulo de la oreja o por 3 punciones uniformes en la superficie ventral del antebrazo, que son, respectivamente los métodos de Duke y Ivy; el tiempo se mide desde la punción hasta la cesación de la hemorragia.

La prueba es influida por el estado general de los factores extravasculares, como edad y nutrición y por los factores microfísicos de la piel y tejidos subcutáneos.

PRUEBA DEL TORNIQUETE:

La razón de esta prueba, es obtener una estimación de la cantidad de eritrocitos disponibles para el transporte del oxígeno.

VALORES NORMALES DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE
COAGULACION.

PRUEBA	VALOR NORMAL	MEDIDAS
Tiempo de coagulación.	5 a 15 min.	Estadio I y III (anormal en el tratamiento con heparina).
Tiempo de protrombina	70% a 100% de lo normal, 11 a 12.5 segundos.	Factores protrom- binicos V, VII y X. (anormal en enfer- medad hepática, defi- ciencia de vitami- na K).
Tiempo de tromboplastina parcial.	30 a 45 seg.	Todos los factores excepto las plaque- tas y el factor VII (anormal en la hemo- filia).
Tiempo de la generación de la tromboplastina.	8 a 12 seg.	

Recuento plaquetario. 200,000 a 400,000 / mm.³ cúbico.

Retracción del coágulo. El coágulo de un individuo normal se va a reducir a la mitad de su masa original dentro de una hora después de coagular y se contrae totalmente a las 24 hrs. Función plaquetaria vascular.

Tiempo de sangría. 2.5 a 9.5 min. Función plaquetaria vascular.

Prueba del torniquete. Hasta 5 petequias en un círculo de 3.25 cm al cabo de 5 min. de presión intermedia entre las presiones sistólica y diastólica.

Fibrinógeno	170 a 410 mg/100ml.	Baja concentra- ción en coagulopa- tia intravascular diseminada y fi- brinolisis prima- ria.
Lisis del coágulo de san- gre entera di- luida.	No hay lisis dentro de las 2 horas.	Fibrinolisinias circulantes.
Prueba de la lisis de la auglobulina.	No hay lisis dentro de las 2 horas.	Fibrinolisinias circulantes.

MEDIOS PARA LA HEMOSTASIA, SU FINALIDAD Y DISECCION.

La sección de vasos origina hemorragias de distinta importancia, acorde con la importancia de aquellos, sobre todo en su calibre, y también referida a los tejidos a que pertenezcan: gingivales, de la bóveda palatina, óseas. Los vasos heridos, pueden pertenecer a la arteria o vena dentaria inferior, o ramas dependientes de la maxilar interna. Cualquiera que sea el vaso seccionado, es preciso cohibir las hemorragias que se provocan en el curso de una intervención bucal.

Las hemorragias de las pequeñas arterias o venas gingivales, se cohiben con facilidad por compresión,

adosando nuevamente el colgajo, o bien, presionando la zona sangrante con una torunda de gasa, seca o impregnada en medicamentos estípticos; adrenalina, agua oxigenada, antipirina, percloruro de hierro, gasas medicamentosas.

HEMOSTASIA LOCAL:

Para la hemostasia local efectiva, contamos con elementos mecánicos: La sutura y la presión.

ELEMENTOS QUIMICOS: sustancias estípticas antes ya mencionadas, y hemostáticos orgánicos, tales como la trombina y la tromboplastina.

Esta última provendrá de tejidos que la poseen en alto grado de concentración, principalmente la placenta humana.

HEMOSTASIA DE LOS VASOS MAYORES:

Nos ocuparemos dentro de estos vasos de los vasos gingivales, cutáneos, intraóseos, palatinos y dentarios inferiores.

En nuestra cirugía no es fácil identificar el vaso sangrante. Por la compresión la hemorragia cesa. En general estos vasos no necesitan ligadura; la acción de la pinza durante unos minutos es suficiente como para formar el coágulo obturador. Si hubiera necesidad de mayor hemostasia, porque la hemorragia continuará o por tratarse de vasos mayores (cutáneos); deberá efectuarse una ligadura.

TECNICA DE LA LIGADURA:

El vaso y sus zonas próximas están presionados por la pinza. El operador toma una hebra de catgut no. 0 y lo desliza por debajo de la pinza entre ésta y los planos

subyacentes; aproxima el catgut hasta la punta de la pinza y rodea con él la zona que la pinza ha presionado; el ayudante tracciona la pinza suavemente, con lo cuál consigue hacer más accesible la zona o el vaso a ligarse. En este momento el operador realiza con el catgut un nudo, se retira la pinza y se practica otro nudo, cuyos lazos son de dirección contraria al primero, para evitar así el deslizamiento del catgut; se corta el catgut sobrante y está terminada la ligadura.

HEMOSTASIA DE LOS VASOS INTRAÓSEOS:

En el curso de una operación se presenta repentinamente una profusa hemorragia que mana de una óseo lesionado; se trata generalmente de una pequeña arteria intraósea, seccionada por un golpe de fresa o escoplo. Es frecuente en la osteotomía de los bordes alveolares con fines protéticos etc.

En tales casos se intenta la obturación, por breves instantes, de la cavidad o del borde óseo con un trozo de gasa impregnada con medicamentos; si la hemorragia no se cohibe, es menester obturar el vaso que sangra. El acceso al interior del hueso donde está alojado el vaso para ligarlo no es posible, no queda otro recurso que oprimir sus paredes al mismo tiempo que el hueso circunvecino. Para esta maniobra se toma un instrumento que tenga una extremidad ligeramente roma, la que se coloca a nivel del sitio de la hemorragia y se aplica con el martillo un golpe seco; así se

comprimen las trabéculas óseas y por consiguiente el vaso que sangra. La hemorragia cesa inmediatamente.

HEMOSTASIA DE LOS VASOS PALATINOS:

Al intervenir sobre la bóveda palatina (caninos retenidos) y al practicarse el descenso de la fibromucosa que la cubre, son seccionados los vasos palatinos que se relacionan con el agujero palatino anterior y se producen así a veces hemorragias profusas. Se aplicará una torunda de gasa durante algunos minutos sobre el sitio sangrante. Si la hemorragia no cesa, el ayudante mantiene esta compresión, mientras el operador se dedica a otros tiempos quirúrgicos.

En todo caso estas hemorragias terminan al reponerse el colgajo en su sitio. Si persistiera el sangrado después de haber colocado el colgajo en su lugar, se quitará éste nuevamente y se pondrá un punto de cauterio en el lugar del vaso sangrante.

Las hemorragias de los otros vasos sanguíneos ceden normalmente por compresión. La arteria palatina anterior puede ser tomada con una pinza de hemostasia y eventualmente ligada.

HEMOSTASIA DE LOS VASOS DENTARIOS INFERIORES:

Estos vasos pueden quedar al descubierto en el trayecto en intervenciones de grandes quistes de la mandíbula.

La hemorragia es alarmante y llena totalmente la cavidad ósea de sangre en la cuál se alojaba el quiste.

En estas circunstancias, la aspiración y secado con gasa, dejará expedito el campo operatorio y nos permitirá

ver el vaso que sangra ubicado en el fondo de una cavidad de difícil acceso y mala iluminación. Así podrá tomarse y pinzarse un extremo del paquete sangrante para obtener la hemostasia.

DEFINICION DE PERIOSTIO:

Es una membrana blanca fibrosa vascular, más o menos gruesa y resistente según las edades; que rodea completamente al hueso excepto en los puntos de incrustación de los cartilagos y de inserción de los tendones. Se compone de una capa externa conjuntiva y de otra interna formada por fibras elásticas y osteoblastos.

Sirve para la distribución de los vasos en el tejido óseo, y para la formación y regeneración del mismo. Alvéolo dentario.

La disección del periostio bucal, se realiza cuando se hace el desprendimiento del colgajo con legras o periostotómos. También cuando hacemos una osteotomía.

DEFINICION DE HEMORRAGIA O SANGRADO:

Se deriva del antiguo griego HAIMA: "SANGRE" y REGNYNAR: "REVENTAR"; deriva de la palabra del español moderno hemorragia.

La sección de vasos origina hemorragias de distinta importancia, acorde con la importancia de aquellos sobre todo en su calibre y referida a los tejidos a que pertenecen: gingivales de la bóveda palatina óseas.

TIPOS DE SANGRADO:**HEMORRAGIA EXTRAVASCULAR:**

Dicha hemorragia puede clasificarse de acuerdo con los tipos de vasos involucrados y el tiempo de hemorragia.

TIPOS DE VASOS: El carácter de la hemorragia va a depender del tipo de vasos seccionados: arterias, venas, o capilares. La hemorragia arterial se distinguirá por su característica pulsante, el vigor del flujo y la coloración rojo brillante de la sangre.

La hemorragia venosa puede no tener la cualidad de ser pulsátil, el flujo será menos rápido, y habrá una coloración más oscura.

En la cabeza, el cuello y los tejidos maxilofaciales, la falta de válvulas en las venas y las breves conexiones entre el sistema yugular y las ramas terminales a menudo van a permitir una salida abundante de sangre venosa cuando se seccione alguna vena importante.

La hemorragia capilar será en capa, no pulsátil, y de un rojo intermedio, color que está entre el rojo brillante y el rojo más oscuro de la sangre venosa.

La hemorragia capilar puede ser bastante agresiva en la región bucal y maxilofacial, como resultado del fuerte pulso

arterial de un lado de los capilares y el acceso abierto directo al sistema yugular del lado venoso.

HEMORRAGIA PRIMARIA:

Se produce como parte normal de una cirugía, así como por laceraciones causadas durante traumatismos. En la mayoría de las operaciones intrabucales, el tiempo de sangría normal proveerá un control razonable de la hemorragia.

La aplicación de apósitos a presión en forma de gasas, prótesis inmediatas o férulas, habrán de controlar la hemorragia primaria. También los vasoconstrictores de los anestésicos locales ayudarán para controlar la hemorragia primaria. En algunos casos de cirugía intraoral se requerirá de la colocación de pinzas, ligaduras, o electrocoagulación para controlar la hemorragia.

La hemorragia secundaria se produce durante la fase posoperatoria. La hemorragia secundaria aparece después de las 24 horas después de la cirugía intrabucal, se asocia por lo general con la presencia de cuerpos extraños en el alvéolo.

Estos pueden ser una espícula de hueso, un trozo de esmalte o un material restaurador que interfiere con la organización del coágulo sanguíneo.

Después de una cirugía siempre deberá lavarse el área con solución salina normal y se limpia por aspiración.

La coagulación puede verse demorada por deficiencia de los factores ya antes descritos, a los cuales se les

denominó hemorragia intravascular, sin embargo, la hemorragia extravascular depende principalmente de una contracción vascular normal, retracción y tapón de fibrina.

Suponiendo que el paciente tenga un tiempo de coagulación normal, los agentes y métodos para el control de la hemorragia extravascular son: la presión, la oclusión directa con pinzas hemostáticas, la coagulación del punto hemorrágico por la precipitación de proteínas, apósitos oclusivos.

Producción de un coágulo artificial, provisión de una red de fibrina artificial, aceleración del mecanismo de la coagulación para producir vasoconstricción, producción de una unión adherente y protectora entre el coágulo y los tejidos circunvecinos, y administración de agentes sistémicos generales que se calcula que disminuirán la hemorragia.

La oclusión directa se hace con pinzas llamadas de "mosquito", y la ligadura de vasos se hace con seda negra no reabsorbible de tres ceros o cuatro ceros, generalmente colocadas sobre vasos grandes. Los vasos más pequeños se ligan con sutura de catgut tres ceros o cuatro ceros las más comunes.

Puede producirse un coágulo artificial con celulosa oxidada (oxycel), y celulosa oxidada regenerada (Surgicel).

La celulosa regenerada atrae a los eritrocitos y produce un coágulo artificial. El material puede ser

colocado sobre el alvéolo, no adentro de él, y deberá usarse seco y en ausencia de infecciones.

Una acción combinada de plaquetas más una gelatina de fibrina (Gelfoan), va a controlar la hemorragia capilar y puede ser reforzada por el agregado de trombina.

La trombina que se emplea como agente tópico, directamente coagula el fibrinógeno para producir una rápida hemostasia.

Las esponjas de gelatina embebidas en trombina proveerán una coagulación efectiva de las hemorragias de las pequeñas venas y capilares.

La vasoconstricción de los lechos sangrantes puede producirse con el uso de epinefrina (con riesgos de rebote), ya sea en forma tópica (de uso delicado), o en combinación con soluciones de anestesia local.

Deberá emplearse una concentración mínima para evitar reacciones desagradables.

LESIONES HEMORRAGICAS:

Hay dos entidades que constituyen contraindicaciones absolutas de la exodoncia: los aneurismas arteriovenosos o sinusoidales, y los hemangiomas centrales. La extracción de dientes en casos en que las estructuras radiculares están involucradas, en una de estas lesiones puede producir la muerte de una o varias maneras.

El paciente puede desangrarse, entrar en shock o aspirar un gran volumen de sangre a alta velocidad.

La identificación de esta lesión puede ser fácil:

Por alojamiento de dientes acompañados de hemorragias, movilidad dentaria, las raíces de los dientes pueden estar erosionadas, los tejidos de recubrimiento pueden tener cambios en su color y forma y puede existir parestesia o dolor.

En el caso en que se extraiga un diente y se exponga una lesión vascular central no diagnosticada, el diente puede reintroducirse inmediatamente al alvéolo como tapón.

MANEJO CLINICO DE LA HEMORRAGIA SECUNDARIA TIPICA.

La hemorragia secundaria es la que resulta después de la operación o sea que es en el post-operatorio. Para ello deberán tomarse en cuenta los siguientes pasos:

- 1.- Se da instrucciones al paciente de que se coloque un gran trozo de gasa, (nunca algodón) sobre el sitio de la hemorragia, apriete firmemente y luego vaya al consultorio dental responsable del tratamiento indicado.
- 2.- Ya en el profesional se prepara al paciente.
- 3.- Se limpia la zona con aspiración y gasas.
- 4.- Se obtiene una iluminación de la zona efectiva.
- 5.- Se administra un anestésico sin vasoconstrictor.
- 6.- Se obtiene una radiografía de la zona.
- 7.- Si está indicado, se administra un sedante o un tranquilizante por vía intravenosa.
- 8.- Si a nivel físico general indica un estado de ayuno, se comienza una infusión de Dextrosa al 5% en agua.
- 9.- Se evalúa el origen de la hemorragia:

a) De existir debe eliminarse el cuerpo extraño o el hueso fracturado.

b) Si es del tejido blando, puede emplearse la inyección de anestesia con un vasoconstrictor, el pinzado, el ligado, electrocoagulación, suturas bajo tensión pueden hacerse bajo los tejidos causantes.

c) Si está en el hueso puede estar indicando el aplastamiento del hueso.

d) Si es una hemorragia generalizada del alvéolo se lo empaqueta con una gasa con esponja de gelatina humedecida con trombina.

10.- Se sutura el mucoperiostio y luego se coloca una gasa a presión en la boca, con instrucciones de mantenerla hasta un promedio de 2 horas.

INSTRUMENTAL.

PINZAS DE DISECCION: Son pinzas dentadas o no, se toma la delicada fibromucosa bucal sin lesionarla y es también útil la pinza de hemostasia, que tampoco daña la fibromucosa.

PINZAS CON DIENTES DE RATON: Son pinzas que poseen 3 dientes que engranan entre sí y permiten sostener firmemente el colgajo.

INSTRUMENTOS DE GALVANO Y TERMOCAUTERIO: Radio-Bisturí o electrotómo. Permiten efectuar la sección de tejidos gingivales o abrir abscesos, o destruir los capuchones que cubren al tercer molar.

PINZAS PARA ALGODON,GASA,ETC.: Sirven para introducir determinadas cosas en el interior de las cavidades óseas, alvéolo o cavidades patológicas.

PINZAS DE KOCHER: Citadas ya en el capítulo I.

ASPIRADORAS DE SANGRE,FIJOS,MOVIBLES: Citados ya en el capítulo I.

DETERMINACION DE LAS POSIBLES ALTERACIONES DE LA HEMOSTASIA:

Por lo general quien ha tenido inconvenientes hemorrágicos en intervenciones anteriores, nos pondrá sobre aviso, pero si así no fuere, al efectuar la Historia Clínica podremos averiguar los antecedentes sobre el particular o si no se profundizará el exámen en la medida conveniente.

Como la extracción dentaria es la causa más común de hemorragias en pacientes presdispuestos, deberá indagarse acerca de gingivitis, epistáxis, hemoptisis, hematuria, excesiva extravaciación sanguínea ante traumatismos leves, fácil producción de hematomas, equimosis o petequias.

En caso de haber existido hemorragias se valorará su intensidad, momento de producción y terapéutica empleada para cohibirla.

CAPITULO III

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES Y OTROS DIENTES
RETENIDOS.

DEFINICION: Se denominan dientes retenidos (incluidos, impactados); a 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 de 2 formas:

- 1) RETENCION INTRAOSEA: Cuando el diente está completamente rodeado por tejido óseo.
- 2) RETENCION SUBGINGIVAL: Cuando el diente está cubierto por la mucosa subgingival.

Cualquiera de los dientes ya sean temporales, permanentes o supernumerarios, pueden quedar retenidos en los maxilares.

Los dientes más comúnmente retenidos son: LOS CANINOS Y LOS TERCEROS MOLARES.

Según la estadística de Bertin-Cieszynski, la frecuencia que corresponde a los dientes retenidos en el año de 1930 según datos del autor, es la siguiente:

Tercer Molar Inferior.....	35%
Canino Superior.....	34%
Tercer Molar Superior.....	9%
Segundo Premolar Inferior.....	5%

Canino Inferior.....	4%
Incisivo Central Superior.....	4%
Segundo Premolar Superior.....	3%
Primer Premolar Inferior.....	2%
Incisivo Lateral Superior.....	1.5%
Primer Premolar Superior.....	0.8%
Incisivo Lateral Inferior.....	0.8%
Primer Molar Inferior.....	0.5%
Segundo Molar Inferior.....	0.5%
Primer Molar Superior.....	0.4%
Incisivo Central Inferior.....	0.4%
Segundo Molar Superior.....	0.1%

Según Blum otro estadista en el año de 1923 presenta un cuadro con datos según la frecuencia de dientes retenidos en su época:

DIENTE RETENIDO	MANDIBULA		MAXILAR	
	No.	%	No.	%
Temporales	3	2%	1	0.4%
Supernumerarios	11	6%	5	2%
Incisivo Central	9	5%	0	-
Incisivo Lateral	1	0.5%	1	0.4%
Canino	99	51%	10	4%
Primer Premolar	0	-	2	0.8%
Segundo Premolar	5	3%	14	6%
Primer Molar	0	-	2	0.8%
Segundo Molar	0	-	1	0.4%
Tercer Molar	62	33%	231	86%

190

267

El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable. Hay muchas personas que, sin trastornos aparentes, conservan sus cuatro terceros molares o estos dientes y sus caninos superiores.

Otro científico o estadista, Lubner, en 1937, citado por Thoma, menciona el caso de un joven de 16 años, con 25 dientes retenidos (18 en el maxilar superior). Esta anomalía era probablemente hereditaria, ya que su madre en estudios realizados se le encontraron 27 dientes en tales condiciones.

Más tarde otro estadista llamado Logsdon, en 1942 y 1947, publica el caso de un paciente con 21 dientes retenidos.

En el caso de los Terceros Molares Inferiores se desarrollan entre el espacio del segundo molar inferior y la rama de la mandíbula quedando retenidos cuando hay poco espacio.

En el caso de los Caninos Superiores, su germen se sitúa en lo más alto de la fosa canina y cuando los premolares van a erupcionar, se produce un obstáculo mecánico ya que el espacio que guarda el canino superior temporal, no es suficiente para alojar el canino superior permanente, por lo cual puede quedar retenido dicho germen.

CLASIFICACION DE LAS RAZONES POR LAS CUALES EL DIENTE NO HACE SU ERUPCION NORMAL:

RAZONES EMBRIOLOGICAS:

La ubicación especial del germen dentario, ya sea en un sitio muy alejado por lo cual no pueda llegar al borde alveolar o por tener cierta angulación que al calcificarse y empezar la erupción la corona tome contacto con un diente vecino ya erupcionado y no permita su erupción.

PATOGENIA: El problema de la retención dentaria es de índole mecánico, por lo tanto, el contacto que tome un diente con otro, constituye una verdadera fijación del diente en erupción, y se convierte en una posición viciosa.

OBSTACULOS MECANICOS:

Es otro impedimento a la normal erupción y sus causas pueden ser:

- 1.- Falta de espacio.
- 2.- Hueso con una condensación tal que el diente no pueda vencerlo durante el trabajo de erupción.
- 3.- Dientes temporales extraídos prematuramente, que hacen que las coronas de los dientes vecinos, cierren el espacio.
- 4.- Dientes supernumerarios, tumores odontogénicos, quistes, etc.

El quiste puede rechazar o incluir profundamente al diente que encuentra en su camino, impidiendo así su normal erupción.

CAUSAS GENERALES:

Estas causas se deben a enfermedades generales en relación directa con las glándulas endocrinas, que pueden ocasionar trastornos en la erupción.

Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio como por ejemplo: El raquitismo y otras enfermedades que le son propias también, pueden ocasionar retención dentaria.

ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS.**SE CLASIFICAN EN:**

- 1.- Accidentes Mecánicos.
- 2.- Accidentes Infecciosos.
- 3.- Accidentes Nerviosos.
- 4.- Accidentes Tumorales.

ACCIDENTES MECANICOS:

El trabajo mecánico produce desviaciones de dirección en los dientes vecinos. Así tenemos que los terceros molares, tanto superiores como inferiores, producen fuerzas en los caninos e incisivos a los cuáles desvia de su dirección normal produciendo entrecruzamientos de dientes y conglomerados antiestéticos.

También la constante fuerza que hacen estos dientes retenidos o su saco pericoronario sobre los dientes vecinos, provoca alteraciones sobre el cemento, dentina y aún pulpa, produciendo procesos periodónticos de diversa índole.

ACCIDENTES INFECCIOSOS:

Estos accidentes se dan por la infección del saco pericoronario del diente retenido; dicha infección puede originarse por distintos mecanismos o vías.

Ejemplo: Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre y se pone en contacto con el medio bucal, entonces el proceso infeccioso se produce como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino.

La infección del saco folicular se traduce por:

Inflamación local con dolores, aumento en la temperatura local, absceso y fistula consiguiente osteitis y osteomielitis.

Estos procesos infecciosos del saco folicular, pueden actuar como infección local o a distancia sobre órganos vecinos. Ejemplo: Seno Maxilar o Fosas Nasales.

ACCIDENTES NERVIOSOS:

Los accidentes nerviosos producidos por los dientes retenidos son bastante frecuentes. La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sobre troncos mayores, es posible origine algias de intensidad, tipo y duración variables (Neuralgias del Trigémino).

La presión que ejerce el tercer molar inferior produce sobre el nervio dentario inferior, puede ser causa de trastornos nerviosos de toda índole.

ACCIDENTES TUMORALES:

Todo diente retenido es un quiste dentigero en potencia, ya que por teoría su origen dentario de estos tumores está en el comienzo de la hipergénesis del saco folicular, a expensas del cuál se forma.

CANINOS.**CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS:**

La retención de los caninos superiores puede presentarse en 2 maneras de acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo:

RETENCION INTRAÓSEA: Es cuando la pieza se encuentra completamente cubierta por hueso.

RETENCION SUBGINGIVAL: Es cuando la pieza emerge solamente una parte de la corona del tejido óseo pero está cubierta por la fibromucosa.

LOS CANINOS PUEDEN SER CLASIFICADOS:

- 1.- De acuerdo con el número de dientes retenidos.
- 2.- Con la posición que éstos presenten en el maxilar.
- 3.- Con la presencia o ausencia de dientes en la arcada.

En la clasificación (1) la retención puede ser simple o doble, presentándose ambos caninos retenidos.

En la (2) los caninos están situados en el lado palatino o en el vestibular.

En la clasificación (3) Los caninos están en maxilares desdentados o dentados. Y de acuerdo a lo anterior, se ordena la siguiente clasificación:

CLASE I.- Maxilar Dentado. Diente ubicado en el lado palatino. Retención Unilateral: a) cerca de la arcada dentaria. b) lejos de la arcada dentaria.

CLASE II.- Maxilar Dentado. Dientes ubicados en el lado palatino. Retención Bilateral.

CLASE III.- Maxilar Dentado. Diente ubicado en el lado vestibular. Retención Unilateral.

CLASE IV.- Maxilar Dentado. Dientes ubicados en el lado vestibular. Retención Bilateral.

CLASE V.- Maxilar Dentado. Caninos vestibulopalatinos.

CLASE VI.- Maxilar Desdentado. Caninos palatinos. Retención Unilateral o Bilateral.

CLASE VII.- Maxilar Desdentado. Caninos vestibulares. Retenciones unilaterales o bilaterales.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS INFERIORES: Existen en menor porcentaje que los caninos superiores.

CLASE I.- Maxilar Dentado. Retención Unilateral. Diente ubicado en lingual. Posición Vertical y posición horizontal.

CLASE II.- Maxilar Dentado. Retención Unilateral. Diente ubicado en bucal. Posición vertical y posición horizontal.

CLASE III.- Maxilar Dentado. Retención Bilateral. Dientes ubicados en lingual. Posición Vertical y posición horizontal.

Dientes ubicados en bucal. Posición vertical y horizontal.

CLASE IV.- Maxilar Desdentado. Retención Unilateral. Posición vertical y posición horizontal.

CLASE V.- Maxilar Desdentado. Retención Bilateral. Posición Vertical y posición horizontal.

CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN RELACION CON EL SEGUNDO MOLAR:

1.- POSICION VERTICAL.- El eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor del segundo molar.

2.- POSICION MESIO-ANGULAR.- El eje mayor del tercer molar forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo agudo abierto hacia abajo.

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

4.-POSICION DISTO-ANGULAR.- La corona del tercer molar apunta en grado variable hacia la rama de la mandíbula y el

eje mayor del tercer molar forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo abierto hacia arriba y atrás.

5.- POSICION LINGUO-ANGULAR.- La corona del tercer molar se dirige hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa.

6.-POSICION BUCO-ANGULAR.- La corona del tercer molar se dirige hacia la tabla externa y sus raices hacia la tabla interna o lingual. Es muy rara.

7.- POSICION PARANORMAL (INVERTIDO).- Los terceros molares en este tipo de posición, adquieren un sin número de variedades y por lo común se encuentran asociados a procesos patológicos (quistes dentigeros).

Como ya sabemos, la posición normal del tercer molar es:

La corona se dirige hacia el borde inferior de la mandíbula, y sus raices hacia el cóndilo, por regla general.

DESVIACIONES DEL TERCER MOLAR: En cada una de las posiciones que se mencionaron anteriormente, el molar retenido puede aparecer con las siguientes desviaciones:

1.- SIN DESVIACION.

2.- EN SENTIDO BUCAL.- La corona se dirige hacia afuera o el lado bucal.

3.-EN SENTIDO LINGUAL.- La corona se dirige hacia adentro o el lado lingual.

4.-EN SENTIDO BUCO-LINGUAL.- Es una de las formas más frecuentes de retención de los terceros molares.

El molar está dirigido hacia bucal pero presenta también otra desviación que hace que la corona se incline hacia el lado lingual o interno.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS:

La retención del tercer molar superior puede ser: intraósea o submucosa, ya sea parcial o total.

Las distintas posiciones del tercer molar superior retenido en relación al eje mayor del segundo molar superior son las siguientes:

1.- POSICION VERTICAL.- El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar superior.

El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

2.- POSICION MESIO-ANGULAR.- El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En esta posición la raíz del molar se encuentra vecina a la apófisis pterigoides. Dicha posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar impiden su normal erupción; son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o corona del segundo molar superior.

3.- POSICION DISTO-ANGULAR.- El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides con la cuál puede estar en contacto.

4.- POSICION HORIZONTAL.- a) El molar está dirigido hacia el carrillo, con el cuál la cara triturante puede ponerse en contacto dando algunos accidentes en mucosa.

b) La cara triturante del molar suele también dirigirse hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal, forma rara, paralelo a la arcada dentaria con su cara oclusal hacia mesial o distal.

El tercer molar superior puede erupcionar también en la bóveda palatina.

5.- POSICION PARANORMAL.- El molar retenido puede ocupar diversas posiciones que no están contenidas en la clasificación.

EXTRACCION DENTARIA (OSTEOTOMIA Y ODONTOSECCION).

La extracción de un diente retenido, consiste esencialmente en un problema mecánico; es la búsqueda por medios mecánicos o instrumentales del diente retenido y su eliminación del interior del hueso donde está ubicado, aplicando los principios de la extracción a colgajo, y del método de la extracción por seccionamiento. Tales métodos constituyen la denominada extracción quirúrgica de los dientes retenidos.

El diagnóstico de un diente retenido en maxilar o en mandíbula, su posición, la relación con los dientes vecinos y su clasificación, se realizan por medios clínicos de inspección, palpación y examen radiográfico.

La inspección en el caso del maxilar, puede ser observando aún la presencia del diente temporal, pueden

hacer sospecha del diente retenido. En maxilar la inspección visual descubre una elevación o relieve en el paladar o vestibulo.

En la palpación el dedo índice investiga o confirma la existencia de alguna elevación en la tabla ósea. En caso de que se tratase de la mandíbula, la inspección visual clinica, y la palpación es más visible y más palpable porque el relieve del diente retenido en inferior es más notorio.

EXAMEN RADIOGRAFICO:

Para cualquier intervención de dientes retenidos, se tomarán radiografías locales y oclusales, con el rayo central dirigido paralelamente hacia el eje de los dientes vecinos. Esto es muy importante para conocer con precisión la posición ya sea palatina, vestibular o lingual del diente retenido a extraer. Debemos darle importancia también de conocer la porción de la corona del diente a tratar, y la porción radicular.

Es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio: es necesario ver la corona y el ápice y conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente retenido con las porciones y órganos vecinos. La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios).

OSTEOTOMIA:

La osteotomía es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso.

La ostectomía es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación. Este tiempo operatorio se realiza con escoplos, pinzas gubias, fresas.

La pinza gubia se puede utilizar para la resección de hueso sobrante del borde alveolar, o puntas óseas que quedan después de las extracciones.

OSTEOTOMIA CON FRESAS:

La fresa es un instrumento utilísimo para practicar la osteotomía. Evita el desagradable golpe del escoplo. Actúa así mismo como instrumento de ostectomía eliminando el hueso en su totalidad, o bien realiza perforaciones vecinas entre sí, sobre la tabla ósea, osteotomía que es completada levantando con un escoplo el hueso limitado por las perforaciones; en el hueso dejado por esta ostectomía se introducen las ramas de la pinza gubia, eliminándose con ella todo el hueso que fuera menester.

La fresa debe actuar siempre bajo un chorro de agua esterilizada o suero fisiológico, proyectado con una jeringa de vidrio para evitar el calentamiento del hueso, que podrían acarrear lesiones o secuestros.

ODONTOSECCION:

Es parte de la operación que consiste en seccionar el diente en dos o más partes haciéndolo con fresas del No. 4,5 a nivel del cuello para separar la corona de la raíz.

ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR.

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores, su retención

causa accidentes comparables a los originados por otros dientes.

El tercer molar superior presenta un accidente de erupción que le es propio, ocurre por lo general en aquellos molares que erupcionan del lado del carrillo, es decir que presentan buco-versión. Este accidente está caracterizado por los siguientes hechos clínicos:

Al hacer erupción el molar pone su cara triturante en contacto con la mucosa del carrillo. Por un doble mecanismo, aumenta de la erupción y movimientos masticadores, la cara triturante del tercer molar, o una de sus cúspides, termina por ulcerar la mucosa del carrillo.

Esta úlcera se encuentra continuamente traumatizada por las cúspides del molar, produciéndose por este hecho dolores de gran intensidad; los tejidos blandos vecinos se inflaman por este proceso ulceroso y se produce una celulitis de las partes blandas acompañada de trismus y ganglios infartados, todo lo cual repercute sobre todo en el estado general del paciente. La masticación se encuentra impedida y la fonación dificultada.

El proceso no termina sino hasta que se realiza la extracción del molar, o se suprime el factor traumático que significan sus cúspides.

ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR:

En su retención, o en el intento de erupción, el tercer molar inferior, produce una serie de accidentes patológicos diversos, de variado aspecto o intensidad, que tienen lugar

en todos los climas, en edades muy distintas, en los dos sexos, y en ambos lados de la mandíbula.

RAZA.- En individuos de raza blanca, por razones mecánicas que se consideran son la "falta de espacio". En cambio en la raza negra, está en general libre de todos estos procesos. Su gran mandíbula permite la cómoda erupción de todos sus molares.

Los accidentes de erupción en la raza blanca aumentan en número e intensidad en las últimas generaciones, aún en individuos de nuestro país.

SEXO.- Se creó ligera predominancia por el sexo femenino.

EDAD.- Entre los 18 y los 28 años.

PATOLOGIA CLINICA Y TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION:

Los accidentes se deben a la infección del saco dentario. Para producirse la infección de este saco (pericoronaritis), que tiene repercusiones locales, regionales y a distancia, es preciso que por una parte aumente la virulencia microbiana y disminuyan las defensas del organismo, y por otra, se establezca una puerta de entrada, la que está determinada por factores mecánicos:

Traumatismos del capuchón del tercer molar, originados por las cúspides del diente en erupción.

CAPUCHON.-Es la porción de tejido gingival que cubre la cara oclusal del diente retenido, y es asiento de frondosa patología.

Capdeponat explica la génesis de los accidentes del tercer molar por los siguientes mecanismos:

1o. La cavidad existente alrededor de la corona del diente retenido (cavidad del saco pericoronario), puede por numerosas influencias patológicas, hacerse real (transformarse en quiste dentigero) y ser el asiento de procesos infecciosos.

2o. Los microorganismos que habitan en la cavidad bucal por su mecanismo de acción en cavidad cerrada, exageran su virulencia.

3o. La falta de espacio, el molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles, como son la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama de la mandíbula.

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

ACCIDENTES MUCOSOS.- Comprenden las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean al molar (pericoronaritis).

PERICORONARITIS: Se inicia en la época de la erupción del molar. Su comienzo puede ser brusco o insidioso.

A) Cuando es brusco, se instala sin anuncio un proceso inflamatorio con sus signos característicos: dolor, tumor, calor y rubor.

El dolor puede quedar localizado o irradiarse en línea del nervio dentario inferior. A veces el dolor se ubica en el oído, generalmente es nocturno y aumenta con el roce de

los alimentos y la encía que cubre el molar se encuentra edematizada, aumentada de volumen por la compresión de los dientes antagonistas.

ACCIDENTES CELULARES: Complicación de la pericoronaritis y da como resultado un absceso.

ACCIDENTES OSEOS: Son sumamente raros.

ACCIDENTES LINFATICOS: La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronaritis es un hecho frecuente y común.

Los ganglios que acompañan a dicho proceso son los subangulomaxilares, o submaxilares. Se trata por lo general de una adenitis, que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario y es retrógrada una vez terminada la afección del saco pericoronario.

ACCIDENTES TUMORALES:

Los terceros molares retenidos originan quistes y tumores odontogénicos, como estos son los quistes dentigeros y queratoquistes. Los quistes dentigeros pueden infectarse y dar procesos supurativos de gravedad capaces de traducirse en osteitis y osteomielitis. Los restos del saco pericoronarios pueden llegar a producir si no desaparecieran un granuloma.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO:

TRATAMIENTO DE LA PERICORONARITIS.- El paciente presenta trismus, mal aliento, fiebre, decaimiento general, repercusión ganglionar, etc. Se tratará el capuchón pericoronario inflamado, se lavará profusamente con una

solución antiséptica débil, para la limpieza de las secreciones. Es conveniente favorecer las condiciones de defensa locales con la administración de colutorios o enjuagues, antibióticos y el uso de antiinflamatorios cuando las circunstancias sean desfavorables antes de la intervención quirúrgica. También usaremos analgésicos para vencer la sintomatología inflamatoria y dolorosa, así como la infección y así conseguir el descanso del paciente.

El tratamiento quirúrgico es la apertura submucosa del capuchón por medio del bisturí y de lo contrario la extracción del molar retenido así como del saco pericoronario.

ESTUDIO ANATOMOQUIRURGICO Y RADIOGRAFICO REGIONAL DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

La región del tercer molar constituida por el hueso maxilar inferior (mandíbula), el molar retenido y las partes blandas que la cubren y revisten, presenta una forma cúbica.

EL HUESO MESIAL: Es la porción ósea que se encuentra entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercer molar, dispuesta de tal modo que cubre parcial o totalmente esta última haciéndola accesible o inaccesible al instrumento de la exodoncia. El hueso mesial solo puede ser visto por la radiografía, y es llamado por Winter el interseptum, tiene la forma de una pirámide truncada, de base inferior, cuatro caras, y vértice superior. El vértice puede ser cortante, presentar el saco pericoronario o ser asiento de algún tipo de patología.

EL HUESO BUCAL.- Es la porción ósea que cubre la cara bucal del molar retenido, sumamente sólida y resistente, y distinto espesor según el tipo de retención del tercer molar. Su eliminación exige el empleo de fresas del no. 8 de carburo.

Una radiografía oclusal nos proporciona mejores detalles del hueso bucal, en cuanto a su estructura se refiere.

HUESO DISTAL.- Clave de la cirugía del tercer molar inferior retenido, porque es principalmente a expensas de éste que se practica la extracción del molar. La radiografía nos permitirá conocer las características de esta importante región, como es el tipo óseo, la extensión y condiciones clínicas del hueso distal.

Numerosos procesos patológicos se asientan en esta región, modificando su estructura y restándole resistencia al hueso para lograr una vía más eficaz felizmente para nuestros propósitos.

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

HUESO OCLUSAL.- Denominase así la porción ósea que cubre la cara oclusal o triturante del molar retenido y que se continúa con los demás huesos antes mencionados. Está

formado por dos tablas de hueso compacto, que encierran una variable cantidad de hueso esponjoso. Entre el hueso oclusal y la cara triturante del molar hay un espacio radiolúcido en la imagen ocupada por el saco pericoronario, de espesor variable, del molar retenido.

Eliminado quirúrgicamente el hueso oclusal, nos enfrentamos con dicho saco, que es un elemento sangrante que cubre la cara oclusal del diente.

HUESO BASAL.- Es la porción ósea subyacente al molar retenido. Este hueso es de consistencia y extensión variables según la posición del molar retenido, está constituido de hueso esponjoso de mallas amplias, asiento a veces de procesos dependientes de infecciones del saco pericoronario o de procesos apicales del tercer molar; está además surcado de distal a mesial a altura variable por un elemento anatómico importante: "CONDUCTO DENTARIO INFERIOR".

SEPTUM.- Es la porción ósea situada entre las raíces del tercer molar retenido. Constituido por hueso esponjoso, su forma es sumamente variable y esta en relación directa con la posición del molar y la disposición de sus raíces.

INTERSEPTUM.- Es el espacio, de forma variable situado entre en tercero y el segundo molar. (hueso mesial).

SACO PERICORONARIO.- Cuando está normal, se presenta como una nitida línea radiolúcida que rodea la corona del tercer molar. Puede en ocasiones comunicarse con el medio bucal e infectarse. Además, restos epiteliales pueden modificar su estructura y adquirir características

tumorales. Una vez infectado este saco debe ser considerado como un elemento de infección local.

CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.- Este importante elemento anatómico, que aloja el paquete vasculonervioso dentario inferior, se inicia en la cara interna de la mandíbula a nivel de la espina de SPIX, y recorre el hueso hasta la altura de los premolares inferiores, dónde llega al agujero mentoniano. El conducto dentario está protegido por una cortical que le es propia, perfectamente identificable en el estudio radiográfico por dos líneas paralelas radioopacas, dadas por la cortical y paredes del tubo, que encierran una zona de mayor radiolúcidez.

Así debemos tomar en cuenta la posición o relación de las raíces del molar retenido con el conducto dentario inferior.

CORONA.- El tercer molar tiene características morfológicas propias. Es el diente que presenta mayores variedades de forma, tamaño, disposición y anomalías.

La corona es pequeña o grande; con un número normal de cúspides o ser tri, tetra o multicuspídea y poseer lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales. Por lo general es biradicular, la raíz mesial puede ser bifida, y la distal su dimensión mesio-distal, es menor que la de la raíz mesial.

Son frecuentes los molares con tres, cuatro y cinco raíces. En ocasiones raíces supernumerarias con enanismo o gigantismo. Pueden así mismo haber raíces fusionadas (

disposición cónica), pudiendo ser variable el número de conductos radiculares.

CLASIFICACION DE LAS POSICIONES DEL TERCER MOLAR RETENIDO SEGUN WINTER:

POSICION VERTICAL SIN DESVIACION:

CARA MESIAL ACCESIBLE: Se denomina así al tercer molar alineado detrás del segundo sin desviaciones en sentido bucal o lingual y con su cara mesial libre de hueso, o sea accesible.

CARA MESIAL INACCESIBLE: Su diferencia es que su cara se encuentra cubierta por hueso y lo pueden estar también las otras caras del tercer molar, haciendo que éste se encuentre en retención ósea parcial o total.

POSICION VERTICAL CON DESVIACION BUCAL:

CARA MESIAL ACCESIBLE: El hueso mesial se detiene a nivel del cuello del tercer molar y deja libre o accesible su cara.

CARA MESIAL INACCESIBLE: La cara mesial del retenido está cubierta por hueso mesial por lo tanto, no hay espacio interdentario.

POSICION VERTICAL CON DESVIACION LINGUAL:

CARA MESIAL ACCESIBLE: El molar está dirigido hacia adentro, así que la cara mesial queda al descubierto del hueso mesial, sin embargo, las demás caras pueden estar cubiertas haciendo una retención parcial o total.

CARA MESIAL INACCESIBLE: Igual al anterior, la diferencia reside en que la cara está cubierta por hueso

mesial y las caras homónimas cubren sus propios huesos a tal punto que por regla estos molares son totalmente intradéos.

POSICION VERTICAL CON DESVIACION BUCO-LINGUAL:

CARA MESIAL ACCESIBLE: Clínicamente estos molares se presentan cubiertos por la mucosa, o sólo asoma la cúspide mesiobucal.

La cara mesial está libre de hueso mesial (accesible).

CARA MESIAL INACCESIBLE: Su diferencia es que la cara mesial está cubierta por hueso mesial.

POSICION MESIANGULAR SIN DESVIACION:

CARA MESIAL ACCESIBLE: El eje mayor del tercer molar forma con el del segundo molar un ángulo agudo abierto hacia abajo; sus cara lingual y bucal coinciden con los planos homónimos de los molares anteriores y la cara mesial está libre de hueso mesial.

CARA MESIAL INACCESIBLE: Está cubierta por hueso.

POSICION MESIANGULAR CON DESVIACION BUCAL:

CARA MESIAL ACCESIBLE: Su masa está dirigida hacia el lado bucal. El hueso mesial deja libre la cara respectiva. Clínicamente el molar se presenta por lo general, con su cara oclusal libre de mucosa o bien ésta cubre su tercio distal.

Radiográficamente se observa una superposición coronaria pero no se observa la cara oclusal del tercer molar.

CARA MESIAL INACCESIBLE: Este tipo es más frecuente que el anterior, el hueso mesial cubre a la cara homónima y

puede encontrarse en completa retención ósea y por lo tanto también está cubierto por mucosa.

POSICION MESIOANGULAR CON DESVIACION LINGUAL:

CARA MESIAL ACCESIBLE: Clínicamente se presenta cubierto por mucosa y es raro que alguna cúspide emerja de la mucosa. Radiográficamente es visible la cara oclusal del tercer molar, se observa la angulación mencionada, y no hay superposición coronaria.

CARA MESIAL INACCESIBLE: El hueso mesial cubre por completo su cara, es una retención intraósea completa o total. Clínicamente estos molares están cubiertos por mucosa.

POSICION MESIODANGULAR CON DESVIACION BUCOLINGUAL:

CARA MESIAL ACCESIBLE: Raros en la práctica, estos molares están dirigidos de atrás hacia adelante, de abajo hacia arriba, y de afuera hacia adentro. Son difíciles de ser interpretados radiográficamente, clínicamente están cubiertos por mucosa o alguna cúspide queda al descubierto.

CARA MESIAL INACCESIBLE: Su diferencia a la anterior es que su cara mesial está cubierta por hueso mesial, por lo tanto, presenta una total retención intraósea.

POSICION HORIZONTAL SIN DESVIACION:

CARA MESIAL ACCESIBLE: Situado horizontalmente en el maxilar, como corresponde a un molar sin desviación, la cara bucal y lingual no sobrepasan los planos homónimos de los molares vecinos. Radiográficamente se observa la posición horizontal del molar, la cara oclusal del tercero, la falta

de superposición coronaria y la cara mesial libre de hueso mesial.

CARA MESIAL INACCESIBLE: La diferencia con el tipo anterior reside en la altura en que se encuentra la cara mesial por debajo de la línea cervical del segundo molar y en presencia de hueso sobre esta cara, lo cuál la hace inaccesible. Los molares en estas condiciones presentan sus caras restantes cubiertas parcialmente o totalmente de hueso, de modo que ofrecen una retención intraósea total o bien dejan sus cúspides distales al descubierto.

POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION BUCAL:

CARA MESIAL ACCESIBLE: Su cara mesial está libre de hueso, se ubica por lo general debajo del plano cervical de los molares vecinos. Las condiciones radiográficas por sus condiciones anatómicas, hacen que muestre una superposición de las imágenes coronarias con ausencia de la cara oclusal.

CARA MESIAL INACCESIBLE: La diferencia con el anterior, reside en que el molar está más profundamente colocado, presenta su cara distal por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y su cara mesial descubierta por el hueso homónimo. Se encuentra próximo a nivel o por debajo de los ápices del segundo molar.

POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION LINGUAL:

CARA MESIAL ACCESIBLE: Se presenta dirigido de atrás hacia adelante y de afuera hacia adentro, detalle que permite que su cara oclusal, desviada hacia el lado lingual, esté presente en la radiografía.

Radiográficamente hay ausencia de superposición coronaria, la presencia cierta de la cara oclusal y la cara mesial libre de hueso.

CARA MESIAL INACCESIBLE: Se trata de molares profundamente colocados.

POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION BUCOLINGUAL:

CARA MESIAL ACCESIBLE: Está dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal, desviada hacia el lado lingual, lo cuál significa un sólido anclaje de retención en el molar. La presencia radiográfica de estos molares es difícil de ser interpretada, solo presenta superposición segmentaria de sus coronas y presencia de la cara oclusal del tercero.

CARA MESIAL INACCESIBLE: Por regla general hay retención intraósea total, por lo tanto cubierta por mucosa por completo.

El mayor problema quirúrgico, radica en que el ángulo mesiooclusal está por debajo del cuello del segundo molar.

POSICION DISTOANGULAR SIN DESVIACION:

CARA MESIAL ACCESIBLE: La corona del retenido está dirigido hacia la rama ascendente, el ángulo distooclusal de esta corona se sitúa en plena rama ascendente y la cara mesial está libre de hueso. Radiográficamente se aprecia el ángulo señalado no hay superposición de imágenes, ni cara oclusal visible.

CARA MESIAL INACCESIBLE: Presentación frecuente y serio problema quirúrgico, son molares de retención intraósea

total y se encuentra su cara mesial cubierta totalmente por hueso.

POSICION DISTOANGULAR CON DESVIACION BUCAL:

CARA MESIAL ACCESIBLE: Estos molares presentan una doble inclinación en su eje mayor; en efecto, este último forma con el eje mayor del segundo, un ángulo abierto hacia arriba y atrás, pero al mismo tiempo se desvía hacia afuera.

Radiográficamente se observa la angulación hacia distal, la superposición de imágenes de segmentos radiculares del tercero, y segundo, ausencia de la cara oclusal del tercero y cara mesial libre de hueso.

CARA MESIAL INACCESIBLE: Su diferencia en que presenta la falta de acceso mesial, ya que está cubierta totalmente por hueso, y el molar se encuentra en retención intraósea total.

POSICION DISTOANGULAR CON DESVIACION LINGUAL:

CARA MESIAL ACCESIBLE: Además de la angulación correspondiente, el molar presenta su eje mayor desviado hacia lingual, y así su cara oclusal se dirige hacia la lengua.

Radiográficamente muestra la falta de superposición coronaria, la presencia de la cara oclusal y la cara mesial libre de hueso.

CARA MESIAL INACCESIBLE: Presentan retención intraósea total, y lo están también por la mucosa.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

POSICION LINGUANGULAR

CARA MESIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE: Bastante frecuentes en la práctica diaria, estos molares retenidos presentan su eje mayor horizontal, pero esta dirigido de afuera hacia adentro, de modo que la cara oclusal que es vertical, está dirigida hacia el lado lingual. Son más frecuentes los terceros molares que presenten su cara mesial inaccesible; por regla general, estos molares tienen sus raíces incompletamente formadas.

Radiográficamente, se reproducen los detalles anatómicos, forma discoidea o de moneda del molar, que aparece rodeado por la imagen del saco pericoronario, cubierta ósea total con cara mesial inaccesible.

POSICION BUCOANGULAR:

CARA MESIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE: Es una forma excepcional, su eje mayor horizontal como en el caso anterior, pero dirigido de adentro hacia afuera, permite que la cara oclusal esté dirigida hacia la cara externa o vestibular del maxilar. En general, dichos molares están en retención intraósea total con la cara mesial inaccesible.

POSICION PARANORMAL (INVERTIDA):

El tercer molar puede presentarse en posiciones que no encuadran en la clasificación que antecede; se consideran fuera o apartados de los tipos normales de retención y por eso se les denomina paranormales.

La cara oclusal está dirigida hacia el hueso basal del maxilar, y sus raíces hacia la apófisis coronoides o hacia

el cóndilo. Se encuentran por lo general acompañados de procesos patológicos. Todos tienen su cara mesial inaccesible.

EL SEGUNDO MOLAR.

La cirugía del tercer molar inferior retenido, se relaciona íntimamente con el segundo molar; éste puede presentar afecciones de distinta índole que indiquen su extracción, en el mismo acto quirúrgico o bien su patología sobre todo distal.

El segundo molar puede tener variaciones en sus posiciones por diversas circunstancias, puede haber inclinaciones por ausencias del primer molar o puede estar incluido.

CORONA: las caries en el segundo molar, originadas por el contacto del tercero y la retención de restos alimenticios, pueden producir algias.

RAICES: Las dos raíces rectas con desviaciones o cementosis no constituyen problema alguno en la extracción del tercer molar.

ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO:

ESTUDIO CLÍNICO: Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores. Su retención causa accidentes comparable a los originados por otros dientes.

El tercer molar superior presenta un accidente de erupción que le es propio; ocurre por lo general en aquellos

molaras que erupcionan hacia el lado del carrillo, es decir que presentan bucoversión. Este accidente está caracterizado por los siguientes hechos clínicos:

Al hacer erupción, el molar pone su cara oclusal en contacto con la mucosa del carrillo. Por un doble mecanismo, aumento de la erupción y movimientos masticadores, la cara oclusal del molar, o una de sus cúspides, termina por ulcerar la mucosa del carrillo. Esta úlcera se encuentra continuamente traumatizada por las cúspides del molar, produciéndose por este hecho dolores de gran intensidad; los tejidos blandos vecinos se inflaman por este proceso ulceroso y se produce una celulitis de partes blandas acompañada de trismus y ganglios infartados, todo lo cual repercute sobre el estado general.

La masticación está impedida y la fonación dificultada.

El proceso no termina sino hasta que se realiza la extracción del molar, o se suprime el factor traumático que significan sus cúspides. Se puede aliviar el proceso y curar en pocas horas, desgastando con una piedra de carburo las cúspides del tercer molar.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO:

a) POSICION DEL TERCER MOLAR.- Cuando el tercer molar presenta su cara vestibular verticalmente dirigida, aunque el tercer molar este mesio o distoangular, su imagen es normal.

En cambio, en las desviaciones hacia bucal o lingual, el molar aparece acortado en la radiografía y en ciertos casos su parte radicular, por superposición de planos no es visible.

b) POSICION DEL SEGUNDO MOLAR: El segundo molar puede estar desviado hacia distal. Deben ser considerados, además de la posición del molar, la posición y estado de la corona (integridad, caries, obturaciones, piezas de prótesis), y la posición y forma de las raíces. El segundo molar puede estar ausente, como así también todos los dientes de la arcada.

c) EL HUESO QUE CUBRE LA CARA OCLUSAL: El estado, la cantidad y disposición de hueso que cubre la cara oclusal del tercer molar, deben ser estudiados en la radiografía, lo mismo que la existencia o ausencia del saco pericoronario; todas estas condiciones del hueso, indican la técnica a seguirse y el grado de osteotomía necesaria.

d) EL TABIQUE MESIAL: Su forma y dimensiones está dado por la posición del molar. En la posición vertical, estando en contacto el tercero y el segundo, este espacio es nulo o mínimo. En la posición distoangular, este espacio tiene una forma triangular a base inferior. En el espacio mesial (previa resección del hueso) deben aplicarse los elevadores para extraer el molar retenido.

e) HUESO DISTAL: También la cantidad de hueso en la región distal puede ser variable. En algunas ocasiones la cara oclusal del tercer molar puede estar en contacto con la apófisis pterigoides.

f) LA CORONA: Puede ser más pequeña o más grande que la normal. La forma puede también apartarse de la normalidad:

La corona puede tener caries aún en retención intraósea.

g) LAS RAICES: Generalmente están fusionadas en una masa única. Pueden presentarse separadas y dirigidas en distintos ángulos y pueden no estar aún calcificadas.

h) VECINDAD CON EL SENO MAXILAR: El tercer molar superior en algunos pacientes está muy vecino al seno maxilar, y en algunos sus raíces llegan a hacer contacto con el piso sinusal.

La extracción de dicho molar puede ocasionar circunstancias tales como una comunicación patológica con el seno maxilar, o el molar puede ser proyectado a esta cavidad.

i) VECINDAD CON LA APOFISIS PTERIGOIDES: El molar puede estar en íntimo contacto con la apófisis pterigoides. Existe el peligro de fractura durante los movimientos operatorios.

La tuberosidad del maxilar es susceptible de correr igual suerte y ser arrancada en el curso de la extracción, aún de la de un molar normalmente erupcionado.

j) ACCESO A LA CARA MESIAL: Sobre la cara mesial se aplicará el elevador que luxará el molar. La radiografía indicará la facilidad de acceso a esta cara, o fijar la necesidad de una osteotomía del tabique mesial para permitir la colocación del instrumento.

CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO
SEGUN SU POSICION. SEGUN WINTER.



POSICION VERTICAL

Cara Mesial Accesible



POSICION VERTICAL

Cara Mesial Inaccesible.



POSICION VERTICAL DESVIACION
BUCAL.

Cara mesial Accesible.



POSICION VERTICAL DESVIA-
CION BUCAL.

Cara Mesial Inaccesible.



POSICION VERTICAL DESVIACION
LINGUAL.

Cara mesial Accesible.



POSICION VERTICAL DESVIA-
CION LINGUAL.

Cara Mesial Inaccesible.



POSICION VERTICAL DESVIAACION
BUCOLINGUAL.



POSICION VERTICAL DESVIA-
CION BUCOLINGUAL.

CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR RETENIDO
SEGUN SU POSICION. SEGUN WINTER.

86



POSICION MESIO-ANGULAR
SIN DESVIACION.

Cara Mesial Accesible.



POSICION
MESIO-ANGULAR SIN
DESVIACION.

Cara mesial Inaccesible.



POSICION MESIO-ANGULAR DESVIA-
CION BUCAL.

Cara Mesial Accesible.



POSICION MESIO-ANGULAR DESVIA-
CION BUCAL.

Cara Mesial Inaccesible.



POSICION MESIO-ANGULAR DESVIA-
CION LINGUAL.

Cara Mesial Accesible.



POSICION MESIO-ANGULAR DESVIA-
CION LINGUAL.

Cara Mesial Inaccesible.



POSICION MESIOANGULAR DESVIA-
CION BUCOLINGUAL.

Cara Mesial Accesible.



POSICION MESIOANGULAR DESVIA-
CION BUCOLINGUAL.

Cara Mesial Inaccesible.

CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR RETENIDO SEGUN
SU POSICION. SEGUN WINTER.

87



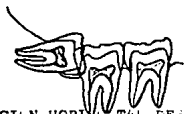
POSICION HORIZONTAL.

Cara Mesial Accesible.



POSICION HORIZONTAL.

Cara Mesial Inaccesible.



POSICION HORIZONTAL DESVIA-
CION BUCAL.

Cara Mesial Accesible.



POSICION HORIZONTAL DESVIA-
CION BUCAL.

Cara Mesial Inaccesible.



POSICION HORIZONTAL DESVIA-
CION LINGUAL.

Cara Mesial Accesible.



POSICION HORIZONTAL DESVIA-
CION LINGUAL.

Cara Mesial Inaccesible.



POSICION HORIZONTAL DESVIA-
CION EUCOLINGUAL.

Cara Mesial Accesible.



POSICION HORIZONTAL DESVIA-
CION EUCOLINGUAL.

Cara Mesial Inaccesible.

CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR RETENIDO SEGUN SU POSICION ⁸⁸
SEGUN WINTER.



POSICION DISTO-ANGULAR.

Cara Mesial Accesible.



POSICION DISTO-ANGULAR.

Cara Mesial Inaccesible.



POSICION DISTO-ANGULAR
DESVIACION BUCAL.

Cara Mesial Accesible.



POSICION DISTO-ANGULAR
DESVIACION BUCAL.

Cara Mesial Inaccesible.



POSICION DISTO-ANGULAR.
DESVIACION LINGUAL.

A) Cara Mesial Accesible.

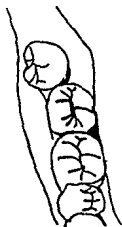
B) Cara Mesial Inaccesible.

CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR RETENIDO SEGUN SU
POSICION. SEGUN WINTER.

89



POSICION LINGUO-ANGULAR.



POSICION BUCCO-ANGULAR.



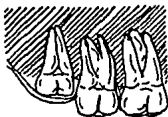
POSICION PARANORMAL (INVERTIDA).

TIPOS DE RETENCION DE TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

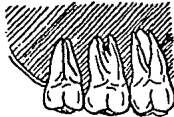
90



I.-INTRAÓSEO

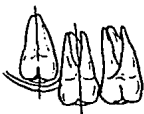


II.-SUB-GINGIVAL



III-NORMAL

DISTINTAS POSICIONES DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.



VERTICAL



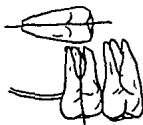
MESIO-ANGULAR



DISTO-ANGULAR.



HORIZONTAL



PARAINFERIOR.

EXODONCIA POR DISECCION.

TECNICA QUIRURGICA: La extracción de cualquier diente retenido, constituye esencialmente un problema de índole mecánico. Debe realizarse por medio de instrumentos adecuados, fundados esencialmente en el principio mecánico de la palanca, (elevadores), y aplicados sobre un punto de apoyo, (hueso), con un grado de fuerza destinado a vencer la resistencia del hueso y el diente retenido.

En este juego de elementos mecánicos, la resistencia está a su vez constituida por 3 factores: El diente retenido, la disposición de sus raíces y el hueso que lo cubre, protege o rodea.

ELEVADORES DE WINTER Y RADICULARES DE WINTER:

Para la extracción de raíces del tercer molar se aplican los elevadores de Winter. Los instrumentos creados por Winter, cumplen perfectamente las leyes de cirugía fisiológica: Cirugía con el menor trauma posible. Se denominan elevadores de aplicación mesial, bucal y mesio-bucal.

ELEVADORES DE APLICACION MESIAL:

Se les llama así porque toman ubicación en la cara mesial del molar retenido, y son los Winter no. 1 al 5 R y L, en la práctica son suficientes los 1R y L y los 2R y L.

La hoja que es su parte activa se aplica contra del molar por extraerse. El elevador se introduce en el espacio interdentario y la punta del instrumento busca dicho

espacio, y se insinúa francamente hasta que toda su cara plana se ponga en contacto con la cara mesial en juego, (en este caso es el primer movimiento de introducción y el elevador actúa como cuña; a veces se logra desplazar el molar hacia el lado distal).

ELEVADORES DE APLICACION BUCAL: Se pueden usar los de Winter para raíces 14R y L. Este elevador realiza el último tiempo quirúrgico en la extracción del tercer molar retenido.

La punta aguda del instrumento se desliza a nivel del espacio interradicular, entre la cara bucal del molar y el hueso bucal. Se imprime al mango del instrumento un movimiento circular, girando la palma de la mano hacia arriba, de este modo se desplaza el molar hacia arriba, hacia distal y hacia lingual.

Así llegamos a los tiempos operatorios para terminar nuestro acto quirúrgico de exodoncia por disección.

TIEMPOS OPERATORIOS.

- 1.- INCISION.
- 2.- PREPARACION DE LOS COLGAJOS.
- 3.- OSTEOTOMIA.
- 4.- OPERACION PROPIAMENTE DICHA (EXTRACCION).
- 5.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD.
- 6.- SUTURA.
- 7.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

EXTRACCION DE LOS GERMENES DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Los gérmenes de los terceros molares, son molares con sus raíces incompletamente formadas. La ortodoncia indica en muchas ocasiones la necesidad de extraer prematuramente con fines profilácticos, o más tarde con carácter terapéutico.

El tercer molar inferior con sus raíces incompletamente formadas puede producir desviación de los dientes o desarreglo de los tratamientos ortodónticos.

La edad en que deben realizarse la extracción de estos molares varia con el criterio de cada cirujano, por lo general, se trata de jóvenes de 16 a 18 años o a veces de 12 a 16 años.

A pesar de ser molares sin raíces completas, su extracción constituye uno de los problemas más arduos que nos depara la cirugía bucal, porque la distancia que va del borde anterior de la rama a la cara distal del segundo molar es muy pequeña, porque es pequeña la boca del paciente, porque durante las maniobras de extracción estos gérmenes rotan dentro de su cavidad ósea, y finalmente, porque la odontosección a la que necesariamente debe recurrirse, es tarea laboriosa. Los resultados postoperatorios no son del todo felices ya que frecuentemente son consecuencias de dolores, alveolitis, y también abscesos tardíos.

Es importante retirar perfectamente el saco pericoronario de dichos dientes, que estará rodeado por completo de éste.

EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

Como en la extracción del tercer molar inferior y en la de todo diente retenido, para la extracción del tercer molar superior, es menester practicar una incisión y realizar la ostectomia necesaria como para poder eliminar el molar retenido, dentro del hueso que lo aprisiona.

La incisión en estos casos se hará de atrás hacia adelante y se hará un festón por vestibular del segundo molar para poder levantar un colgajo más amplio y así proceder a la extracción del mismo. Para la extracción propiamente dicha, se penetra la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y distal del segundo molar; en la introducción del instrumento se realiza un movimiento rotatorio débil que imprime el elevador y así actúa como una cuña. En este primer movimiento el elevador al llegar a la aplicación consigue luxar el diente. En general el punto de apoyo útil radica en la cara distal del segundo molar, o el tabique óseo en caso de existir este último.

Una vez extraído se procede al lavado, limado o cureteado de la cavidad ósea para posteriormente afrontar los colgajos y realizar uno o dos puntos de sutura.

EXTRACCION DE LOS GERMENES DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO:

En el maxilar superior, del mismo modo que en el inferior, se presentan terceros molares con sus raíces

incompletamente formadas, que ubicados en diferentes posiciones, pueden producir accidentes mecánicos sobre la serie dentaria, siendo indicada su extracción.

La incisión debe permitir un amplio colgajo, que descubra en gran parte el hueso, para abordar el molar que por lo general está muy alto; casi a veces a nivel de los ápices del segundo molar. La osteotomía debe hacerse con una extensión suficiente para descubrir las caras oclusal, mesial y bucal. En la extracción el elevador se aplicará sobre la cara mesial del germen a extraer, y girando vigorosamente el mango del instrumento, se logra desplazar el molar hacia distal y hacia abajo.

Hay que recordar que debe ser efectuada con prudencia, pero con firmeza ya que la proximidad con la apófisis pterigoides y el seno maxilar, para evitar la fractura de la primera o la introducción del germen en el seno, que es un accidente muy común cuando no se procede con la debida cautela.

Los molares con sus raíces incompletamente formadas, poseen por lo general, un amplio saco pericoronario que es menester reseca con pinzas gubias o cucharillas para hueso.

EXTRACCION DE CANINOS POR VIA PALATINA.

Se procede a anestesiar en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y palatino posterior del lado a operarse. La incisión se hace preparando un colgajo amplio para desprender la fibromucosa y tener un amplio campo operatorio.

La extensión del colgajo debe estar dada por la posición del canino retenido. La forma de la incisión ideal para este tipo de retención es la que tiene por objeto, desprender el telón palatino, después de haber hecho lo propio con la fibromucosa palatina del cuello de los dientes. Posteriormente se desprende el colgajo y se realiza la osteotomía en dónde debe quedar al descubierto toda la corona del canino y su raíz.

A nivel de la corona debe descubrirse el nivel de su cúspide y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona, para que ésta pueda eliminarse sin problemas. Por lo general, en la raíz solo se descubre hasta el tercio medio ya que con la odontosección, la cantidad de osteotomía se ve reducida.

Realizada la resección ósea, hay que considerar el objeto primordial que es la extracción del diente, esta parte requiere de criterio, habilidad y fineza, para no traumatizar o luxar los dientes vecinos, o fracturar paredes alveolares.

Con un elevador se empezará luxando el diente y haciendo movimientos rotatorios tratando de bajar el diente, en caso de que no se logre se recurre a la odontosección. Así se logra separar la corona de su raíz y con un elevador se hace la extracción por separado de cada una. Posteriormente, se hará el cureteado de la cavidad ósea para evitar trastornos infecciosos y tumorales. Los bordes óseos

agudos deben ser alisados y debe lavarse bien la cavidad, para proceder finalmente a la sutura del colgajo.

EXTRACCION DE CANINOS POR VIA VESTIBULAR.

Se anestesia a nivel del agujero palatino anterior y se refuerza con puntos locales en distal del ápice del canino a extraer y su alrededor, del vestibulo.

Se emplea la incisión ya sea en arco (Partsch), o una Newman. Debe ser amplia para el campo operatorio y desprendimiento del colgajo.

Se realiza la osteotomía con más facilidad ya que la tabla externa no tiene la dureza y solidez de la bóveda palatina. Los caninos vestibulares se extraen enteros luxándolos con el elevador que se insinúa entre el diente y la pared ósea.

A veces es necesaria la odontosección según sea el caso pero ésta se hará al criterio del operador.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA: Esta se hará inspeccionando la cavidad, se extirpa el saco pericoronario y los restos óseos y dentarios haciendo un buen lavado y cureteado. Después se pone el colgajo en su sitio y se procede a suturar.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS.

Existen en menor frecuencia que los caninos superiores.

En su examen clínico y radiológico, se tomarán radiografías locales y oclusales, éstas últimas son de mayor apreciación para conocer la situación bucal y lingual del canino. También nos ayudará a la palpación y la inspección

clínica, ya que en el maxilar inferior es más visible y palpable un diente retenido sobre el reborde.

Se anestesia regionalmente casi siempre, la incisión se hará en arco por vía vestibular sin llegar al reborde gingival, o si no se usa festones en los cuellos de los dientes inferiores.

Se procede a llevar a cabo todos los pasos tal y como se ajustan para las normas de caninos superiores haciendo su extracción, odontosección, osteotomía, tratamiento de la cavidad ósea y sutura con las mismas normas.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.

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

El tratamiento de la cavidad ósea se realiza colocando dentro de ella lo siguiente:

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

MEDICAMENTOS: Se emplean las distintas preparaciones indicadas para el tratamiento de la alveolitis, los cementos quirúrgicos, los lavajes de los alvéolos o cavidades con soluciones anestésicas o antisépticas.

GASAS CON MEDICAMENTOS: La gasa sola o impregnada con medicamentos (gasa yodoformada, el rivanol, con fenol alcanforado, bálsamo del Perú, tintura de benjuí, etc.); se

usan para taponar cavidades de distinto volumen: Alvéolos postextracción, cavidades de quistes o tumores.

El taponamiento se hace con dos fines; evitar la entrada a la cavidad de sustancias o cuerpos extraños y prevenir la hemorragia y dolor.

DRENAJE: Hay afecciones que exigen la comunicación por tiempo variable de la cavidad ósea con el exterior. Tal comunicación se realiza por drenes de gasa o goma.

SUSTANCIAS USADAS PARA LA OBTURACION DE CAVIDADES OSEAS EN CIRUGIA BUCAL.

1.- Por lo difícil que es lograr mantener una absoluta asepsia en los actos quirúrgicos de la cavidad bucal, se necesita un agente bactericida y bacteriostático.

2.- Porque la hemorragia secundaria, aunque generalmente ligera, es común durante las 24 horas y tiene lugar a menudo después que desaparece el efecto hemostático de la anestesia local, se necesita de un agente hemostático local para prevenir hematomas.

3.- Como prevención de la ruptura de un coágulo demasiado grande que es un excelente medio de cultivo para el crecimiento bacteriano, debe lograrse un agente obturador de espacio.

a) PENICILINA: localmente usada sola o combinada introducida en el alvéolo.

Stone como estadística colocó cristales de penicilina en extracciones de terceros molares inferiores de 100,000

unidades dentro del alvéolo y observó una notable reducción del edema y dolor postoperatorio.

Silverman combina tres agentes con propósito de investigación: la esponja de gelatina como soporte del coágulo; la trombina como hemostático, y la penicilina como bacteriostático. Y relaciona el empleo de estos tres productos con tres factores:

- a) HEMORRAGIA.
- b) DOLOR.
- c) CICATRIZACION.

1o.- La esponja de gelatina impregnada en una solución de trombina-penicilina es efectiva para impedir la hemorragia, sea primaria o secundaria.

2o.- La penicilina intraalveolar es absorbida a través de la pared alveolar.

3o.- Juzgando por los niveles terapéuticos obtenidos, la acción bacteriostática puede ser efectuada local y sistemáticamente.

4o.- La frecuencia y grado del dolor postoperatorio están marcadamente reducidos, teniendo en consideración el grado de trauma y manipulación de los tejidos.

5o.- La combinación de los agentes estudiados pone en evidencia que el coágulo está mejor mantenido y soportado.

6o.- La combinación de los agentes estudiados acelera el proceso de cicatrización, en heridas de extracciones.

Los estudios histológicos realizados por Silverman, permiten establecer que:

a) La desaparición de la esponja de gelatina de los alvéolos se realiza en el término de 25 a 30 días por medio de fagocitosis, (células gigantes).

b) A juzgar por resultados clinicohistológicos, la esponja de gelatina (GELFOAN), aún en condición de cuerpo extraño, no impide la reorganización y reparación del alvéolo.

En síntesis: La penicilina es un medicamento que, colocado dentro del alvéolo o cavidad ósea, contribuye en alto grado al mejoramiento de las condiciones locales postoperatorias.

FIBRINOFOAM: (espuma de fibrina). Valioso agente terapéutico de extraordinaria acción hemostática y descrito por Bearing, se obtiene haciendo actuar fibrinógeno con trombina, por lo tanto está compuesto por proteínas naturales del plasma humano.

El fibrinofoam, puede ser usado como tal o como vehículo para otros medicamentos, los antibióticos o la trombina.

Tiene la propiedad de absorberse rápidamente, con una mínima reacción tisular o imperceptible desde el punto de vista clínico.

El uso de fibrinofoam y trombina no es necesario en todas las operaciones, pero es aconsejable en aquellos casos en que se teme la pérdida del coágulo con la consiguiente alveolitis.

Puede ser usada en combinación con agentes químicos (sulfamidas) o antibióticos (penicilina), por su ventaja de mantener el medicamento in situ.

Es un valioso agente para la prevención de la hemorragias secundarias o primarias.

La técnica es particularmente útil en el tratamiento de grandes cavidades, por ejemplo: las resultantes de las operaciones de quistes. En estos casos, la Fibrinfoam, no sólo prevé la hemorragia, sino que actúa como soporte para el coágulo.

Las conclusiones son las siguientes:

- 1o.- Inmediata hemostasia.
- 2o.- Disminución del edema, como resultado de la posible prevención de la extravasación sanguínea submucosa.
- 3o.- Reducción del dolor dado el inmediato y total cierre de la herida con la protección de las terminaciones nerviosas del alvéolo.
- 4o.- Precoz formación de un coágulo firme, que actúa como una barrera mecánica contra el ingreso y multiplicación de la flora microbiana, especialmente se usaron agentes bacteriostáticos y bactericidas.
- 5o.- Precoz cicatrización y regeneración ósea.

En resumen: El uso de fibrinfoam para la prevención de la hemorragia postoperatoria, tiene una formal indicación en cirugía bucal. En HEMOFILIA o pacientes hemorragiparos, se obtienen óptimos resultados: extraordinarios al combinarse con trombina.

OXYCEL: Es un producto de gran aplicación en cirugía bucal. Puede emplearse como hemostático y como obturador de espacio, esto último utilísimo en la intervención de quistes y tumores de la cavidad bucal. El tratamiento de quistes de un diámetro menor de 3 cm. puede terminarse bajo sutura, pues el peligro de la descomposición del coágulo queda muy disminuido.

GELFOAM: (esponja de gelatina); es una esponja quirúrgica estéril sin propiedades antigénicas, se trata de una matriz esponjosa, derivada de la gelatina, insoluble pero absorbible.

Se expende en frascos esterizados por calor seco a 150°C, de aspecto blanco lechoso, sumamente liviana, tiene propiedades hemostáticas por sí misma dada su enorme área superficial; millares de intersticios distribuidos en una trama esponjosa, en las cuáles la sangre puede penetrar.

Está probado que este material es susceptible de ser absorbido, sin producir una excesiva cantidad de tejido escaótico ni gran reacción celular dentro de las 4 a 6 semanas. Está indicado en la prevención de las hemorragias, especialmente cuando se le añade trombina, o penicilina.

En conclusión los resultados son los siguientes:

1.- No se produce el colapso de la encía, aún en los casos de pérdida de hueso bucal por osteotomía.

2.- El espacio muerto se llena completamente de hueso permitiendo la reconstrucción de la arcada. (Esto sobre todo en extracciones múltiples).

3.- La cicatrización se ve favorecida y el dolor postoperatorio y el edema disminuidos. Como dijimos anteriormente el material es compatible con los antibióticos y hemostáticos.

En resumen: El empleo de la esponja de gelatina es utilísimo en cirugía bucal. De por sí, como vehículo de medicamentos, su empleo es valioso y de gran campo de acción en nuestra práctica quirúrgica.

TROMBINA: Se emplea con algunos de los productos que fueron citados anteriormente, y con los cuales en general no presenta incompatibilidades. Se puede usar trombina humana o de origen animal, bovina o de conejo.

BIOPSIA.

La biopsia es el procedimiento por el cual se realiza un examen histológico directo del tejido, en una tentativa de determinar su verdadero carácter.

La biopsia consiste en la excisión de una porción de tejido de un organismo vivo para su examen y diagnóstico microscópico.

El término biopsia proviene del griego BIOS-vida; y del OPAS- visión. Así que etimológicamente significa: visión microscópica del tejido que se va a extirpar de un ser vivo.

Este término fue creado a fines del siglo pasado por el dermatólogo francés Besnier, para designar la extracción en un ser vivo de una porción de tejido u órgano con el propósito de investigar la naturaleza de una lesión mediante un examen microscópico.

Actualmente se incluye bajo esta denominación, a especímenes provenientes de intervenciones quirúrgicas de la más diversa índole. La biopsia no sólo es útil para determinar el diagnóstico, sino el pronóstico y tratamiento.

GENERALIDADES.

El cuadro clínico tiene valores posológicos reales cuando se repiten las características histológicas patognomónicas. Así que cuando se mantienen en sucesión estas características del proceso, a esto se le denomina HISTOPATOGENIA.

Toda enfermedad se desarrolla primero en niveles subclínicos, metabólicos o enzimáticos, los que alternados dan origen a una serie de reacciones histicas que modifican el modelo normal de un tejido.

Toda enfermedad responde a un mecanismo que demuestra un cambio en la función y morfología de los tejidos. Dicha alteración se plasma en una imagen microscópica que deber ser interpretada por el histopatólogo.

INDICACIONES: La biopsia está indicada en los siguientes casos:

- a) En lesiones sospechosas de malignidad, por ejemplo: úlceras, heridas, que no cicatricen en más de quince días.
- b) En cualquier lesión anormal o cualquier zona radiológica anormal de la cavidad oral.
- c) Para determinar el grado de malignidad.
- d) Para determinar el grado de radiosensibilidad.

e) Para determinar el grado y la forma de extensión local.

CONTRAINDICACIONES:

a) En ocasiones se evita la biopsia por temor a que el procedimiento altere el comportamiento de un tumor latente, pero planeando la toma de la biopsia por un seguimiento quirúrgico y una radiación previa se puede llevar a cabo.

b) La toma de biopsia está contraindicada en lesiones sarcomatosas, pues suelen ser bastante vasculares y cualquier procedimiento puede lesionar o abrir los conductos sanguíneos, puede aumentar la posibilidad de esparcir células tumorales, (metastizar).

c) Nunca debe someterse al MELANIOMA a una biopsia, sino que debe ser eliminado en su totalidad.

d) Un tumor bien encapsulado debe ser totalmente extirpado antes que sometido a una incisión quirúrgica, pues la perforación de la cápsula puede introducir elementos peligrosos.

e) Lesiones ubicadas en lugares inaccesibles no deben ser sometidos a biopsia, doblemente.

PRINCIPIOS BASICOS PARA OBTENER UNA BUENA BIOPSIA Y POSTERIORMENTE DE DIAGNOSTICO ADECUADO.

ETAPAS DE UNA BIOPSIA:

1o.- La muestra.

2o.- Examen macroscópico.

3o.- Preparación para su estudio microscópico; (técnica histopatológica).

40.- Observación e interpretación para diagnóstico final.

PRINCIPIOS BASICOS:

1.- Antes de hacer la toma de la muestra para la biopsia, debe tenerse en cuenta el objetivo estricto de la misma, pues la técnica puede variar según se trate de saber la existencia y la extensión de metástasis.

2.- Tener en cuenta una exposición adecuada, anestesia correcta (no inyecte anestésico local dentro del tumor y menos aún rápido, pues ésto dará por resultado un grado de distensión y destrucción del tejido), el conocimiento completo de la anatomía regional y disponer de instrumentos apropiados.

3.- Se debe llevar a cabo una asepsia meticulosa, pues el desarrollo de una infección después de la biopsia puede dificultar el enjuiciamiento de la evolución de la enfermedad restante: Nunca pintar la mucosa con una solución antiséptica fuerte y menos usar una muy coloreada, tampoco se deberá frotar vigorosamente con el antiséptico, ya que las capas superficiales del epitelio deben estar distribuidas de tal forma que no se podrán interpretar histológicamente.

4.- No se deben hacer manipulaciones bruscas ya que pueden alterar la estructura tisular, ya que tiene más valor un fragmento entero que muchos pequeños. No se deberán hacer suturas hemostáticas.

5.- El tejido de excisión no deberá ser del centro de la lesión e incluirá tejido normal adyacente; busque tejido en crecimiento activo, para facilitar al patólogo ver la relación de la lesión con el tejido adyacente.

6.- Antes de poner el tejido en una solución fijadora, asegúrese de que la muestra no contenga sangre, de lo contrario pueden suceder dos cosas:

- a) Dificultad al patólogo encontrar las muestras.
- b) Da oportunidad para que cada sección que esté cubierta con la sangre, al hacer los cortes, se caigan las células sanguíneas, distorcionando imágenes, por lo tanto, debe de combatir el sangrado por electrocoagulación sellando así mismo los linfáticos del mismo método.

7.- Tener especial cuidado en escoger el recipiente en el cual se va a colocar la muestra cuando se obtengan cultivos especiales. El material necesario debe ser colocado dentro de un fijador histológico convencional como: formalina al 10%; nunca coloque en agua simple o solución salina, ya que esto distorcionará las células.

8.- Durante la operación se procurará movilizar lo menos posible el tejido, ya que si se trata de una lesión maligna, las células malignas pueden ser impactadas y proliferar en la línea de sutura.

METODOS PARA LA TOMA DE LA MUESTRA PARA BIOPSIA.

De acuerdo a la técnica quirúrgica usada tenemos los siguientes tipos de biopsia:

BIOPSIA EXCISIONAL: Esta se efectúa cuando la lesión es pequeña y por lo tanto no es práctico extirpar sólo una parte de ella sino que se deberá reseca en su totalidad.

En este caso la finalidad muchas veces llega a ser doble, pues además de obtener la muestra para biopsia, se hace el tratamiento de la lesión. Ejemplo: puede ser un Papiloma y un Nevoz.

BIOPSIA INCISIONAL: Esta se hace cuando a causa del tamaño y otros factores, se puede remover una porción de la masa con cuidado de incluir tejido normal adyacente, o sea que consiste en la obtención de una parte de la lesión mediante la incisión del tejido que se desea examinar.

Se usa principalmente en lesiones de fácil acceso y superficiales. Ejemplo: Lesiones cutáneas.

BIOPSIA POR PUNCIÓN: Es cuando se inserta una aguja de amplia luz en la masa tumoral para aspirar las células.

Se usa el procedimiento cuando el tumor se encuentra por debajo de la superficie y yace en una posición inaccesible o en el centro del hueso.

Se entiende por punción aspirativa, a la introducción de la aguja seguida de aspiración por jeringa y por punción Biopsia, cuando además se emplean cánulas diversas que por su acción cortante permiten obtener muestras cilíndricas del tejido u órgano.

La punción aspirativa muchas veces sólo permite obtener material líquido o semilíquido y en caso de que haya fragmentos tisulares, estos suelen ser pequeños.

La Biopsia por punción o aspiración, se emplea principalmente para el diagnóstico de las neoplasias de las glándulas salivales; en ganglios o zonas cervicales; pero deber comprenderse, que una Biopsia por aspiración con resultado negativo, no excluye completamente la posibilidad de un tumor.

BIOPSIA POR RASPADO: Consiste en el arrastre mecánico del tejido con caretas apropiadas. Su empleo es de gran utilidad en el estudio del endometrio y de ciertas lesiones óseas.

BIOPSIA POR TREPANACION: Cuando se deseé obtener muestras de estructuras de gran densidad y consistencia, es necesario emplear una aguja trefina o taladro. Esta se emplea principalmente en casos de Biopsia de hueso o médula ósea.

BIOPSIA CON SACABOCADOS: Consiste en la recepción de un fragmento mediante instrumentos especiales, tales como las pinzas sacabocados. Las pinzas a lo sumo remueven solo un pequeño fragmento de tejido, que pueden no ser representativo de la lesión.

Este tipo de Biopsia se usa principalmente para tomar muestras de lesiones ulcerosas infiltrantes de mucosas accesibles, ejemplo: Boca, Cuello, Uterino, etc.

BIOPSIA EXPLORATIVA: A menudo es ventajoso combinar la biopsia con la exploración, en particular, en lesiones óseas o en las originadas en la profundidad de los tejidos blandos.

De esta forma se puede determinar la forma y el grado de extensión local. El tejido debe ser representativo del proceso y no tomado de la periferia o de una zona adyacente cuya reacción pueda ocultar la lesión primaria.

FROTIS.- En cierto sentido, se puede considerar a los frotis como una forma de Biopsia, puesto que se toma material para su examen en el laboratorio.

ANESTESIA.- Se recomienda la procaina con preferencia sobre el cloruro de etilo y otras sustancias que anestesien por congelación. Esta puede causar serios deterioros celulares, con aumento de las posibilidades de un diagnóstico inexacto.

La inyección debe realizarse en los bordes de la lesión y no en ella misma. Esta también tiende a impedir la distorsión de los tejidos.

LUGAR DE SELECCION: Las muestras para Biopsia han de tomarse en un punto que presente alteraciones típicas y deben cortarse a suficiente profundidad.

Las lesiones pequeñas han de extirparse totalmente. En las lesiones amplias, es preferible un pedazo marginal, que presente tanto el tejido normal como la porción del neoplásico, en que la actividad de crecimiento sea de más probable observación.

El material procedente del centro de la lesión suele ser de escaso valor, ya que por lo general ha sufrido alteraciones secundarias, tales como la necrosis y la infección. En las lesiones múltiples deben obtenerse

muestras de distintos lugares, porque pueden mostrar diferentes fases del crecimiento o una continuación entre dos tipos de neoplasia.

INCISION: Las incisiones deben ejecutarse al borde de la lesión, con cuidado de incluir tejido normal y de extender las lesiones por debajo de la extensión más profunda del proceso.

Es de desear un corte triangular puesto que reduce el número de incisiones. El bisturí debe estar orientado hacia un punto imaginario por debajo del centro de la lesión.

REMOCION.- El trozo piramidal deberá ser tomado con pinzas de disección que no tengan estrias, ni dientes, con esto se evitará romper o distorsionar el tejido. La lesión será separada por su base mediante disección roma o con leves cortes de unas tijeras pequeñas. Se levanta el tejido con pinzas.

FIJACION Y PRESERVACION DE LA MUESTRA: La muestra, un pedazo de hueso o tejido blando ya sea también un diente, se coloca inmediatamente en un frasco de boca ancha con formol al 10% de preferencia, pero también se podría usar formalina al 10%.

El frasco debe ser bastante grande como para contener una cantidad de solución fijadora equivalente a aproximadamente veinte veces el volumen del tejido. Es preferible que el tejido sea lavado con agua corriente fría, para eliminar el exceso de sangre, antes de colocarla en el frasco para las muestras.

SUTURA: Luego se tratará la herida según como esté indicado. Si la muestra tomada hubiera sido de tamaño apreciable, podrá ser necesario colocar suturas ya en los tejidos vecinos.

CUIDADOS POSTERIORES DEL ESPECIMEN: Suelen ser 48 a 72 horas un periodo suficiente para asegurar una fijación adecuada. Esto claro está, dependerá del tamaño de la muestra.

La botella con el espécimen, junto con la Historia Clínica y las Radiografías, serán remitidas al patólogo.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA.

La citología exfoliativa, es un coadyuvante de la Biopsia, pero aún en lo que concierne a la citología oral hay un poco de controversia.

BASES PARA LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA: La exposición razonable para la citología exfoliativa yace en la fisiología del epitelio. El epitelio escamoso normal sufre exfoliación continua de sus células superficiales como parte del recambio fisiológico.

Las células de las capas más profundas están más fuertemente adheridas unas a otras en condiciones normales.

Cuando el epitelio se convierte en sitio de una enfermedad maligna o a veces bajo condiciones benignas, las células pueden perder su cohesividad por lo que, las células más profundas pueden ser exfoliadas junto con las células superficiales.

Esta combinación de circunstancias (alteraciones morfológicas de las células malignas y pérdida de la cohesión que permite la exfoliación), permite la colección de esta extirpe de células y su examen microscópico por lo cual un juicio de probable presencia o ausencia de malignidad puede llevarse a cabo. Esto no es un diagnóstico.

Cuando las células exfoliadas sugieren la presencia de malignidad, la biopsia es imperativa para el diagnóstico.

Un resultado citológico negativo no descarta la posibilidad de que haya malignidades. El examen citológico es aplicable primeramente a lesiones epiteliales es raramente útil para evaluación de tejido conectivo o de condiciones malignas no epiteliales.

El 90 ó 95% de lesiones malignas orales son epidermoides. La mucosa de la cavidad oral presenta diversos grados de queratinización de sitio a sitio, y dependiendo de las condiciones ha sido sugerido que en epitelios orales normales pueden haber cambios individuales día a día.

TECNICAS: La citología exfoliativa es más útilmente aplicada cuando hay una lesión clínicamente aparente de origen desconocido. Si una lesión es clínica o por su comportamiento sugestiva de malignidad, debe ser biopsiada inmediatamente en la mayoría de las circunstancias.

El examen citológico no debería ser usado como sustituto cuando la biopsia está indicada.

La citología oral tiene usos (reales y otros supuestos), para la investigación de lesiones y condiciones que no sean cáncer.

La citología es útil para la evaluación del herpes simple y algunas enfermedades hereditarias para reacciones tóxicas subsecuentes a quimioterapia cancerosa para identificación de microorganismos orales y para detección y estimación de deficiencia nutricional proteica calórica.

CITOLOGIA ORAL Y DETECCION DEL CANCER ORAL:

Respecto al uso de citología oral para detección de cáncer hay acuerdo general en varios puntos:

- 1.- La citología oral no es substitutiva de biopsia.
- 2.- La citología oral tiene valor para detección temprana de lesiones malignas.
- 3.- La citología oral es útil como complemento para mayor precisión en lesiones visibles de la mucosa que no garantiza la biopsia.
- 4.- El valor de citología oral está limitado si el cáncer es sospechado clínicamente, pero una combinación de citología con biopsia puede ser de gran valor.
- 5.- La citología oral puede ser útil para exámenes repetitivos, para indicar el sitio indicado para la biopsia de lesiones difusas o multicéntricas, cuando el paciente no acepta una biopsia o cuando la biopsia esté contraindicada por alguna razón.

En resumen: La citología oral ha sido reportada como diagnóstico de gran exactitud que puede ser de valor

significativo en detección temprana de cáncer oral, cuando es usada en programas de cuidado oral que incluyen un examen dental completo, otros procedimientos diagnósticos apropiados y para seguir la secuencia de la enfermedad o del restablecimiento del paciente.

CLASIFICACION QUE SE USA PARA LA CITOLOGIA:

CLASE 0: Muestra inadecuada.

CLASE I: Sin células anormales.

CLASE II: Células atípicas sin evidencia de malignidad.

CLASE IV: Fuertemente sugestiva de malignidad.

CLASE V: Concluyente de malignidad.

CONCLUSIONES SOBRE LA CITOLOGIA.

1.- La apariencia clínica y el comportamiento clínico de una lesión oral no es indicador confiable de su benignidad o malignidad.

2.- El examen citológico de lesiones orales no constituye un diagnóstico definitivo. La confiabilidad del procedimiento varía de sitio a sitio, dependiendo aparentemente del grado de queratinización.

3.- El examen citológico puede ser una ayuda en la detección de enfermedad maligna insospechada y de ahí tiene su lugar en la práctica dental.

4.- La citología oral deberá ser una medida coadyuvante en la evaluación de lesiones orales visibles pero no debería ser usada de preferencia o en sustitución de biopsia, a no ser que la biopsia esté específicamente contraindicada.

CAPITULO IV:**"SUTURA O SINERESIS".**

DEFINICION: del latin sutum-supino, de suere-coser.

Cosido quirúrgico de los bordes o extremos de una solución de continuidad con objeto de mantenerlos unidos. Su finalidad es reunir los tejidos separados por la incisión.

TIPOS DE SUTURA:

1.- **ABSORVIBLE :** Sutura cuyo material se disuelve en los tejidos o humores del cuerpo, acabando por desaparecer.

2.- **APOSICION O APROXIMACION:** Sutura que coapta tan sólo la piel o los tejidos profundos respectivamente.

3.- **SUTURA DE BELL:** Forma de sutura continua, en la que la aguja pasa de dentro hacia afuera, alternativamente en ambos bordes de la herida.

4.- **EN BOLSA DE TABACO:** sutura continua, alrededor de un orificio o herida, empleada especialmente en la hernia, en la que el orificio se cierra al tirar de los cabos del hilo y anudarlos.

5.- **CIRCULAR:** Sutura que se aplica a toda la circunferencia de un órgano cilíndrico, arteria o intestino, en las secciones transversales.

6.- **SUTURA DE COLCHONERO:** Continua, en la que cada punto atraviesa perpendicularmente el eje de la herida, pero en dirección opuesta al punto anterior.

7.- CONTINUA: Sutura en la que cada punto es perpendicular al eje de la herida y todos siguen la misma dirección sin sección del hilo.

8.- ENTERRADA: Sutura escondida debajo de la piel.

9.- INTERRUMPIDA: Sutura de puntos separados, a corta distancia uno de otro, en la que cada punto se anuda independientemente.

10.- INTRADERMICA: Variedad de sutura continua empleada especialmente en heridas lineales de la cara para evitar cicatrices de los puntos; éstos no atraviesan la epidermis, sino que se aplican paralelamente en ambos bordes dentro de la dermis.

11.- SUTURA NERVIOSA: La que se practica en los extremos de un nervio seccionado.

12.- DE LE FORT O DE LEJARS: Variedad de sutura tendinosa con una simple asa.

13.- SUTURA PERDIDA: Sutura profunda cuyos puntos se dejan a permanencia.

14.- PRESECCIONAL: La que se aplica antes de practicar la incisión.

15.- PRIMARIA: La que cierra inmediatamente la herida.

16.- PRIMOSECONDARIA: Sutura en la que no se anudan los hilos al principio, sino que quedan libres durante el mayor o menor tiempo en que la herida permanece taponada.

17.- SECUNDARIA: Oclusión de una herida, algún tiempo después de hecha.

18.- SUPERFICIAL: Sutura que no comprende los tejidos profundos subcutáneos.

TECNICA DE LA SUTURA: Se usa para tal cometido un portaagujas.

En cirugía bucal se acostumbra iniciar la sutura en la cara palatina o lingual del maxilar y terminar en la cara bucal.

En las incisiones situadas en una sola cara, la aguja debe ser dirigida desde lo más complicado o posterior, hasta lo más simple o anterior, es decir de distal a mesial.

PORTAAGUJAS: Este instrumento toma la aguja aproximadamente en el centro de su arco; la aguja debe estar enhebrada antes de iniciar la maniobra. La aguja perfora la fibromucosa, asoma entre los labios de la herida y tras perforar nuevamente la fibromucosa, esta vez del colgajo opuesto, aparece en la superficie.

MÉTODOS DE SUTURA: Dos son los métodos para realizar suturas:

- 1.- El que emplea puntos separados.
- 2.- El que emplea una sutura continua.

SUTURA CON PUNTOS SEPARADOS: Consiste en realizar puntos independientes uno de otro.

NUDOS: El material de sutura con el cuál se han afrontado los labios de la herida ha de ser asegurado por medio de nudos, los cuáles pueden ser de dos clases:

- 1) Simples.
- 2) De cirujano.

La sutura con puntos separados, es el método de mayor uso en cirugía bucal, consiste, como su nombre lo indica, en realizar puntos independientes uno de otro. Con la aguja enhebrada con el material de sutura, y manejada por el portaagujas, se perfora la fibromucosa del lado lingual, a una distancia aproximada de 0.5 cm. del borde de la incisión. La aguja recorre su trayecto y aparece en el colgajo bucal, a una misma distancia del borde libre y frente a la perforación lingual; se retira la aguja y el hilo recorre todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso; se toman ambas extremidades, se afrontan los labios de la incisión y se anuda el hilo. Sucesivos pasos de aguja siguiendo las mismas indicaciones completarán el procedimiento. Cada punto estará colocado a una distancia de 1 cm. aproximadamente.

NUDOS DE CIRUJANO: Las suturas realizadas con el nudo simple no siempre son seguras, pues los nudos pueden correrse; esto sucede sobre todo cuando se usa un material rígido, como el catgut. Para evitar el deslizamiento de los nudos se emplean, en cirugía, los llamados "nudos de cirujano", que se logran por un doble entrecruzamiento del primer segmento del nudo simple.

PREPARACION DE LOS NUDOS UTILIZANDO EL PORTAAGUJAS.

Se pasa el hilo por los labios de la herida, como para practicar una sutura corriente con portaagujas. Se toma con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda, el cabo que tiene la aguja; se le apoya al instrumento y se hace dar al

hilo dos vueltas completas alrededor del extremo del portaagujas. Se entreabre ligeramente el instrumento y se toma entre sus mordientes el cabo libre.

Se tracciona el portaagujas de manera que las dos vueltas de hilo se deslicen hacia adelante y que el cabo libre pase entre ellas. Se ajusta a nivel de la herida y se tiene realizada la primera parte del nudo. Para completar el nudo, se realiza la maniobra en sentido inverso y se ajusta el nudo.

Esta técnica puede aplicarse en cualquier parte de la boca; a nivel del tercer molar inferior; para realizar suturas con puntos separados, en alveolectomias y heridas extensas.

SUTURA CONTINUA: No la empleamos sino en alveolectomias y preparación quirúrgica para prótesis, sobre toda la arcada en una sola línea o en dos segmentos. Se le inicia en un extremo de la arcada y se le continúa hasta el otro extremo, o bien, hasta la línea media. El punto inicial se traza como para una sutura con puntos separados y se anuda. Con el cabo más largo la aguja vuelve a perforar la fibromucosa de dentro afuera, y entre cada punto se deja 1 cm. de distancia. El hilo recorre en espiral la línea de incisión y se mantiene tenso, con el objeto de cerrar y adaptar los bordes de la herida. Completada la sutura se efectúa un punto terminal.

SUTURA FESTONEADA: Variedad de sutura continua, empleada también para alveolectomias, se inicia como la

anterior, pero en vez de introducir nuevamente la aguja, como se ha indicado, para practicar la sutura en espiral, se la desliza entre la primera vuelta de espira y la encía y se tracciona el hilo; de esta manera se continúa hasta el final, y se da término con un punto aislado.

En el esquema de la parte superior al final de este capítulo se muestra el trazado de esta sutura. Esta forma de sutura tiene la ventaja de mantener tenso el hilo.

PUNTO CAPITONE: En cirugía bucal sólo tiene por objeto mantener un gran colgajo dentro de una cavidad ósea, con fines plásticos, (indicado para tratamientos de quistes).

MATERIAL DE SUTURA.

CATGUT: Material resorbible obtenido del intestino de oveja exige cuidadosa esterilización por parte de los laboratorios proveedores, dada la posibilidad de que produzca el tétanos quirúrgico.

Se compone de sustancias proteicas de fácil ataque proteolítico a cargo de los tejidos (de allí que sea resorbible) y se le emplea en la ligadura de vasos o como simple elemento de sutura en cirugía general. Es bastante rígido, en la delicadeza del tejido gingival. Se adquiere esterilizado en tubos numerados según el espesor de los hilos.

NYLON: Se expende en distintos espesores, aptos para suturas. Pueden hervirse, el nylon es el material que menos lesiona la mucosa gingival.

HILOS DE SEDA: se emplea mucho. Se prefiere usar hilos o directamente la seda esterilizada en tubos, que se expende en el comercio.

HILOS DE LINO: El hilo negro tiene la ventaja de hallársele fácilmente sobre la mucosa cubierta de fibrina en la hora de la extracción, pasados 3 ó 4 días de la operación.

INSTRUMENTAL.

AGUJAS PARA SUTURA: Casi todas las operaciones de cirugía bucal, incluyendo exodoncia, exigen efectuar suturas; pero por la delgadez y delicadeza de los tejidos gingivales, tan propicios a desgarrarse, las agujas deberán ser sencillas, curvas o rectas, pero de dimensiones pequeñas.

Hay dos tipos:

- 1) CONCAVAS.
- 2) CONVEXAS.

Esto es dependiendo el sentido de sus caras o en el de sus bordes. Preferimos las cóncavas para nuestro interés.

La herida que dejan dichas agujas en la mucosa al perforarla, es paralela al trazado de la incisión.

En cambio la herida que dejan las convexas es perpendicular a la línea de la incisión.

La tracción que el hilo de sutura ejerce en el labio de la perforación producida por el paso de la aguja, no tiene acción sobre la herida del primer tipo; en cambio, en el segundo, la brecha tiende a agrandarse y desgarrarse.

Las agujas con mango, como por ejemplo la de Reverdin, tienen poca aplicación en cirugía bucal. Las de Reverdin más pequeñas pueden emplearse en las plásticas de comunicaciones buconasales o bucozinosales.

PORTAAGUJAS: Destinados a dirigir las agujas pequeñas, las toman por su superficie plana y las guían en sus movimientos, a través de la mucosa gingival. Las hay de dos tipos: curvas y rectas.

SONDAS: Se usan para fines quirúrgicos o diagnósticos, las hay acanaladas, tallo en forma de canal, para drenar abscesos ya abiertos por bisturí o para cortar tejidos en forma precisa y delicada, en cuyo caso el hueco de la sonda sirve de guía (línea de incisión); las sondas de conductos para trayectos finos, o como guía en el curso de una apicectomía.

SONDAS DE PLATA: Las sondas de plata con su extremidad en forma de oliva, también para trayectos, para investigar secuestros y estudiar cavidades óseas.

INSTRUMENTOS PARA PUNCIÓN: La punción exploradora con fines diagnósticos o en el curso de una operación, exige el empleo de agujas de calibre suficiente como para permitir el paso de las colecciones líquidas, muchas veces de consistencia siruposa, como en los quistes supurados.

Son adecuadas las agujas de calibre 44. Se necesita una jeringa de vidrio para desagotar el líquido mediante el vacío.

Si por el contrario deben llevarse al interior de las cavidades líquidos radioopacos (para radiografías de contraste); se recurre a la jeringa de Wassmund o similares.

INSTRUMENTOS PARA DRENAJES: Para vaciar colecciones purulentas al exterior existen dos tipos de drenajes usados en cirugía bucal:

1) DRENAJE POR TUBOS.

2) DRENAJE POR GASAS.

DRENAJE POR TUBOS: De empleo restringido en cirugía bucal, se limita a ciertos casos: drenajes de focos de osteomielitis y de abscesos óseos. Su indicación está dada en los casos de drenaje por vía extraoral de focos óseos, cutáneos y ganglionares.

Se usan tubos de caucho, de diámetro variable, pero menor que medio centímetro y de un largo acorde con el proceso a drenar.

La capacidad de drenaje del tubo puede ser aumentada practicándole orificios con una tijera, cada centímetro. Cuando se usa dentro de la cavidad bucal, se atraviesa con un hilo, que se anuda alrededor de un diente.

Para disminuir el volumen de los quistes maxilares se emplean tubos de goma introducidos en la cavidad quística.

Se les fija con puntos de sutura a las estructuras gingivales vecinas.

DRENAJE POR GASA: Una tira de gasa con los bordes dobladillos permite, gracias a la capilaridad de la gasa, drenar cavidades como con el procedimiento del tubo, y puede alcanzarse algún efecto medicamentoso si se la impregna con sustancias como el fenol alcanforado, bálsamo del Perú, tintura de benjuí, etc.

INSTRUMENTAL PARA LA SUTURAS.



PORTAAGUJA CURVO.



PORTAAGUJA RECTO.



SONDA ACANALADA.

SONDA CON EXTREMIDAD EN
FORMA DE OLIVA.

TUBOS DE DRENAJE.

TECNICA DE LA SUTURA.

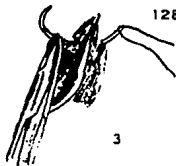
128



1
La aguja perfora ambos lados de la herida.



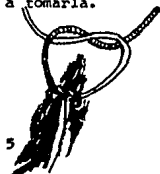
2
El portaagujas abandona la aguja y vuelve a tomarla.



3
Hay que jalar para poder pasar el hilo.



4
Pasado el hilo se realiza el primer nudo.

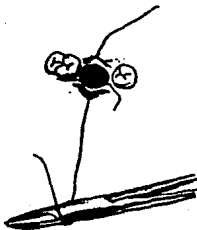


5
Con la misma técnica se realiza el segundo.

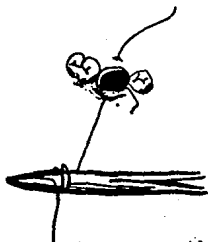


6
El nudo está terminado.

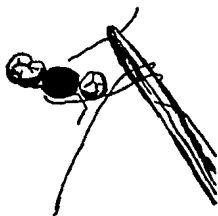
REALIZACION DE SUTURA UTILIZANDO EL PORTAAGUJAS.



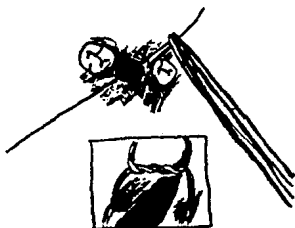
1
Se pasa el hilo entre el lado lingual a vestibular y se toma el hilo entre el índice y el pulgar para rozar el portaagujas.



2
Se continúa la operación y se dan dos vueltas de hilo al extremo libre del portaagujas.

REALIZACION DE SUTURA UTILIZANDO EL PORTAAGUJAS.

CON LOS MORMIENTOS DEL PORTAAGUJAS SE TOMA EL EXTREMO DEL HILO DE SUTURA.



SE TRACCIONA EL PORTAAGUJAS DESLIZANDOLO ENTRE LAS VUELTAS DEL HILO. EN RECUADRO LA ETAPA FINAL DE LA SUTURA.

CAPITULO V.

"INDICACIONES POST-OPERATORIAS".

PRE-OPERATORIO:

Cualquier operación que se efectúe en el organismo requiere una preparación previa a fin de poner a éste en las mejores condiciones para soportar exitosamente una intervención. Las operaciones de cirugía bucal, por tratarse generalmente de una afección local, la preparación que exige es menor que las habituales para la cirugía general.

HISTORIA CLINICA:

La Historia Clínica, es un documento médico-legal, que recopila todos los datos que hacen referencia al curso de la enfermedad del mismo paciente, llegando al diagnóstico de la enfermedad, su evolución, y su pronóstico.

Las partes que lo integran son:

- 1.- FICHA DE IDENTIFICACION (nombre, edad, sexo, ocupación, estado civil, etc.)
 - 2.- ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.
 - 3.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.
(Alimentación, Hábitos, Inmunizaciones, etc.)
 - 4.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.
 - 5.- PADECIMIENTO ACTUAL.
 - 6.- INTERROGATORIO DE APARATOS Y SISTEMAS Y ORGANOS.
 - 7.- SINTOMAS GENERALES.
 - 8.-TERAPEUTICA EMPLEADA.
 - 9.- INSPECCION GENERAL.
 - 10.- EXPLORACION FISICA.
 - 11.- DATOS GENERALES.
- EVALUACION DEL ESTADO GENERAL.

El preoperatorio exige, tomar todas las medidas y precauciones para que cualquier tipo de intervención pueda cumplirse con el menor riesgo posible.

Ello presupone como primera medida efectuar una evaluación del estado de salud del paciente. El examen médico comprende la anamnesis, el examen físico, y los métodos auxiliares de diagnóstico, (laboratorio, radiología, etc.)

El profesional, en interrogatorio sagaz, claro, breve, sencillo y preciso, evitará el empleo de terminología médica; antes, bien, las preguntas se harán en términos del lenguaje común, que sean ampliamente comprendidos.

Interesa establecer si el paciente recuerda haber tenido algún inconveniente en intervenciones bucales o de cirugía general antes, durante o después de ellas:

Si toleró bien la medicación pre-anestésica, la anestesia y la medicación post-operatoria.

Si toma alguna medicación habitual, si soporta bien los esfuerzos, (se agita o siente palpitaciones al subir escaleras, si tiene la sensación de falta de aire en determinadas circunstancias).

Si orina normal, con ardor, olor o dolor, y cuántas veces de día y noche. Si se le hinchan los pies, si se sabe ser hipertenso o por el contrario hipotenso, si nota las uñas o los labios a veces morados, si padeció de reumatismo, si se siente débil.

Si es diabético; (come mucho, bebe mucho, orina mucho, disminuyó su vista, cicatriza normalmente de una herida).

Si algún familiar directo padece del corazón (enfermedades cardiacas), o si padecen alguna enfermedad venérea.

Si ha padecido hepatitis, si toma algún medicamento, que sea alérgico, si junto con las palpitaciones se siente nervioso, con temblores, manos calientes y sudorosas, (son signos de hipertiroidismo).

Según las respuestas a tales preguntas quedará como decisión del cirujano si es factible realizar su operación o ser derivado al médico general para no tener ningún riesgo operatorio.

Por lo general, quien ha tenido inconvenientes hemorrágicos en intervenciones anteriores nos pondrán sobre aviso; pero si no en la realización de la Historia Clínica nos daremos cuenta.

Como en la cirugía oral, así como en extracciones dentales, es la causa más frecuente de hemorragias, deberá indagarse en los pacientes con posibles alteraciones de la hemostasia, si presentan gingivitis, epistaxis, hemoptisis, hematurias, excesiva extravasación sanguínea ante traumatismos leves, fácil producción de hematomas, equimosis o petequias.

ESTADO DE LA CAVIDAD BUCAL: Se revisará la cavidad bucal además del diagnóstico de la patología quirúrgica que motiva la intervención.

Por lo demás, la cavidad bucal deberá reunir condiciones óptimas de limpieza y desinfección, el tártaro salival, las raíces y los dientes con caries serán removidos u obturados en el caso de estos últimos.

Aún en estado normal debe lavarse cuidadosamente la boca con soluciones antisépticas o de agua oxigenada.

Los espacios interdentarios, las lengüetas gingivales y los capuchones de los terceros molares, se lavarán con igual solución antes de la intervención.

Con tales medidas antisépticas preoperatorias la cavidad bucal quedará en condiciones bastante óptimas para ver disminuidos en gran medida los riesgos y las complicaciones derivadas de toda intervención.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS: Son el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborando en el logro perfecto del estado de salud.

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

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

Es importante los cuidados que tenga el paciente una vez terminada la cirugía, ya que de ello depende el que se presenten complicaciones posoperatorias o bien, se recupere sin ningún problema.

El hecho de que se usen fomentos fríos las primeras 24 horas después de la intervención, va a ayudar a disminuir el trauma postquirúrgico inmediato, y el calor húmedo va a dilatar los capilares, permitiéndonos un intercambio de sustancias tóxicas y aporte de nutrientes hacia los tejidos, ayudándonos en la respuesta inflamatoria.

TRATAMIENTO LOCAL POST-OPERATORIO:

a) **HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL:** Se debe lavar la cavidad bucal una vez terminada la operación, con suero fisiológico, para eliminar restos de sangre, saliva, etc.; que pueden acumularse debajo de la lengua o surcos interdentarios y puedan llegar a entrar en putrefacción y aumenten la riqueza de la flora microbiana bucal y así favorecer más a una posible infección.

Así ya formado el coágulo, se le indica al paciente realizar en su domicilio dichos enjuagues o colutorios en forma suave para no romper el coágulo ya formado; los enjuagues se harán en forma suave cada 4 horas y con solución antiséptica.

b) FISIOTERAPIA POST-OPERATORIA:

FRIO: Se recomienda usar bolsas de hielo o toallas mojadas en agua helada en el lugar de la operación, ya que el frío evita el congestiónamiento e inhibe el proceso inflamatorio en sus inicios.

Previene hemorragias, hematomas. El uso del frío es por periodos de 10 minutos con descansos de media hora. El uso del frío se hará durante las primeras 12 horas después de la intervención.

CALOR: Sólo lo empleamos para "madurar" los procesos flogísticos y ayudar a la formación del pus. Después del tercer día puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores postoperatorios.

CUIDADOS DE LA HERIDA: Si evolucionan normalmente las heridas en la cavidad bucal no necesitan terapéutica. En términos generales un alvéolo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores.

EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA: Se retiran los puntos entre los 8 a 10 días después de la operación con un pinza de algodón tomamos un extremo del nudo, se hace la tracción al hilo y se corta con tijeras y extraemos el hilo.

Siempre procuraremos que pase la menor cantidad de hilo infectado o sucio por el interior de la herida o tejidos blandos adyacentes.

INFECCION: Se tratará con algunos antibióticos que se mencionarán más adelante.

DOLOR: En este tipo de intervenciones se usan analgésicos derivados de los no narcóticos.

- a) SALICILATOS (aspirina).
- b) DERIVADOS DE PARA-AMINO-FENOL.
- c) DERIVADOS DE LA PIRAZOLONA.

INSTRUCCIONES POST-OPERATORIAS PARA EL PACIENTE:

Después de la intervención quirúrgica, es recomendable que el paciente guarde reposo por unas horas con la cabeza en alto.

Se coloca el hielo sobre la región operada por 10 minutos, y descansos de media hora, durante las 12 primeras horas.

Realizar enjuagues bucales suaves, y si hay algún pedazo de gasa o algodón, se quitará media hora después de la operación.

Se le debe anotar al paciente analgésicos para el dolor y antiinflamatorios y si el cirujano dentista lo creé pertinente el antibiótico, también se le mandará para evitar la infección.

Si el paciente llegara a presentar trismus por la excesiva presión y tensión al abrir la boca, es recomendable el uso de relajantes musculares.

Se le explicará al paciente que en las primeras horas deberá tomar alimetos líquidos, posteriormente semilíquidos hasta llegar a normalizar su alimentación.

Se le advertirá de no comer grasas, irritantes, picantes, carne de cerdo y bebidas gaseosas (refrescos), durante las primeras 36 horas.

COMPLICACIONES DE LA OPERACION: Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales o generales de distinta índole. El afán del operador debe ser prevenirlas.

COMPLICACIONES LOCALES:

HEMORRAGIA: La salida de sangre en el curso de una operación es un suceso lógico; la cantidad de sangre puede hallarse disminuida por acción del anestésico local, (vasoconstrictor).

HEMORRAGIA PRIMARIA: es la que aparece inmediatamente después de la operación. Su tratamiento se realiza por medios mecánicos o instrumentales.

El primero se logra por la ligadura de vasos, y el otro se logra por medio del taponamiento con un trozo de gasa y compresión.

HEMORRAGIA SECUNDARIA: Aparece algunas horas o algunos días después de la operación. Puede obedecer a la caída del coágulo por el esfuerzo que haya hecho el paciente o que ha cesado la vasoconstricción del anestésico.

El tratamiento de tal accidente se trata por medios locales y generales.

METODOS LOCALES: Investigado el lugar por dónde mana la sangre se realiza la hemostasia por medio de taponamiento a presión con gasa (simple o con medicamento).

Esta presión debe mantenerse por lo menos de 20 a 30 minutos transcurrido el cual se retira con suma precaución la gasa seca que hace la compresión.

En caso de persistencia, se insiste con la compresión o si nó se administran los tratamientos generales.

METODOS GENERALES: Según la cantidad de sangre perdida, el estado del paciente estará más o menos comprometido. En general las hemorragias en cirugía bucal no son mortales.

Se mejorará el estado general del paciente administrando una infusión de líquidos adecuados para normalizar la volemia, (soluciones de suero), y en casos más graves se administrará sangre.

HEMATOMA: La mayor parte de las veces, aunque hayan sido tomadas las mejores previsiones, entre sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación y forma un "tumor sanguíneo", que puede adquirir un volumen considerable.

Su presencia es asimismo delatada por el consiguiente cambio de coloración del lecho operatorio, piel y vecindades, la turgencia y dolor de la encía cubre la región operada y la tumefacción y el aspecto inflamatorio del conjunto. Después de un tiempo variable, aunque con suma lentitud el hematoma se reabsorbe.

El hematoma también puede originarse por el traumatismo inherente a la intervención, o también por desgarro o ruptura de un vaso en la maniobra de anestesia.

COMPLICACIONES GENERALES:

SHOCK: Es la complicación más inmediata que puede presentarse. Suele deberse a la anestesia. Por lo común se trata de lipotimias de intensidad variable, originados en la mayor parte de los casos por el miedo a la operación.

El cuadro clásico es: El paciente empieza a empalidecer, su frente presenta sudor, la respiración se torna ansiosa, los ojos miran hacia un punto fijo. El pulso disminuye, en frecuencia, así esta situación se mantiene por breves minutos.

Su tratamiento se realiza así: Se suspende la intervención; se coloca al paciente con la cabeza más abajo que el cuerpo, para combatir la menor irrigación cerebral.

del momento. Es importante administrarle oxígeno o ponerlo con suficiente ventilación aflojándole la ropa.

Y por si el paciente no respondiera después de haber hecho lo anterior es conveniente siempre tener en el consultorio una jeringa estéril y soluciones vasoconstrictoras como del tipo de la efedrina para ser administrados por vía intramuscular.

SEPTICEMIA-BACTEREMIA: La extracción dentaria o eliminación de focos sépticos (granulomas o quistes infectados), puede ser seguida del paso de microorganismos a la sangre.

Esta complicación tiene importancia en los pacientes cardiacos y reumáticos, porque pueden originarse endocarditis bacterianas muy graves. Así que en caso de pacientes cardiacos y reumáticos, es menester administrarles dosis adecuadas de penicilina antes y después del tratamiento.

FARMACOLOGIA.

ANALGESICOS: Se conoce así a los fármacos que son capaces de disminuir o eliminar las sensaciones de dolor.

Los analgésicos se dividen en dos grupos que son: los narcóticos y los no narcóticos.

NARCOTICOS: Se subdividen en derivados de la codeína, de la morfina, y sintéticos. Este grupo son derivados de los opiáceos, son utilizados para aliviar el dolor de intensidad media a exagerada, actúan a nivel del sistema nervioso central para bloquear la sensibilidad al dolor, éste grupo

de analgésicos es sumamente efectivo contra cualquier tipo de dolor, pero tiene muchos efectos secundarios como somnolencia, cambios en el estado de ánimo, obnubilación mental, periodos de euforia y depresión, así como problemas digestivos ya que actúa a nivel intestinal, provoca estreñimiento, por todo lo anterior es poco usual el administrar analgésicos narcóticos, aunque lo más importante y peligroso es que éstos fármacos producen adicción y cambios en la personalidad del individuo.

ANALGESICOS NO NARCOTICOS: Se dividen en derivados del ácido acetyl salicílico, derivados del acetaminofén, sintéticos y otros.

Estos son los analgésicos de elección para el cirujano bucal, ya que no tienen efectos secundarios como los narcóticos.

SALICILATOS: Los derivados del ácido acetyl salicílico también llamados salicilatos son usados para aliviar el dolor leve al moderado. También posee efecto antiinflamatorio, y se ha comprobado que los salicilatos también tienen acción antipirética, eficaz ya que actúan a nivel del centro termoregulador hipotalámico, haciendo que la temperatura elevada disminuya a su nivel normal.

Los salicilatos se absorben rápidamente en el estómago y en el intestino delgado, por lo que en menos de 30 minutos se alcanzan concentraciones óptimas en sangre.

Aunque su máximo se alcanza a las 2 horas para descender gradualmente, luego de absorberse se distribuye

rápidamente en los tejidos de todo el cuerpo ejerciendo su acción terapéutica para luego ser transformado en el hígado y ser eliminado por vía renal, expulsándose por la orina principalmente y en menor concentración por la saliva y el sudor.

Entre los salicilatos comercialmente encontramos los siguientes:

ASA 500.- Posee una acción analgésica rápida y sostenida durante 6 a 8 horas, de tolerancia aceptable y con riesgos relativamente bajos. Está indicado para el alivio del dolor dental postquirúrgico, procesos dolorosos y febriles, dolores musculares y reumatoides.

Se contraindica en pacientes con hipersensibilidad a los salicilatos, en pacientes con úlcera, cirrosis hepática o bajo tratamiento con anticoagulantes, en discrasias sanguíneas.

Casi no tiene reacciones secundarias, aunque puede provocar el aumento del tiempo de protrombina.

Se administra en cápsulas en adultos, dos cápsulas cada 6 u 8 horas; y en niños una cápsula cada 8 horas por vía oral.

ASAWIN.- Se presenta como tabletas solubles.

Está indicado para el alivio del dolor de la dentición, dolor postquirúrgico bucal, neuralgia, cefalea, dolor muscular, malestar y fiebre por gripe, dolores leves de artritis, reumatismo, dolor funcional de la menstruación y molestias posteriores a inmunizaciones.

Está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a los salicilatos, insuficiencia renal y hepática. Debe usarse con precaución en pacientes con úlcera péptica, trastornos de la coagulación.

Pueden presentarse reacciones secundarias como nerviosismo, mareo e insomnio por sobredosis.

Se administra en adultos de 1 a 2 tabletas cada 4 horas, y hasta 8 tabletas al día. La dosis pediátrica, será de 1 a 4 tabletas, dependiendo de la edad del niño y su peso. La dosis establecida puede repetirse cada 4 horas, hasta un máximo de cinco veces al día.

DISPRINA: Por ser soluble alcanza sus niveles máximos en sangre, dos veces más rápido que el salicilato simple, por lo que se requiere menor dosis para conseguir el mismo efecto terapéutico, eliminando el riesgo de irritación gástrica.

Está indicado en reumatismo, neuralgia, dolor dentario, dolor postquirúrgico dental, útil en esguinces y fracturas.

Está contraindicado en pacientes intolerantes a los salicilatos, úlcera gastroduodenal y bajo tratamiento de anticoagulantes.

Se administran de 2 a 4 tabletas disueltas en agua, cada 4 horas. En niños se administra una tableta dos o tres veces al día.

DERIVADOS DEL ACETAMINOFEN: Son la elección analgésica para pacientes hipersensibles a los salicilatos, su acción terapéutica es similar a éstos. Los derivados del

acetaminofén, se absorben rápidamente por el tubo digestivo, alcanzando su máxima concentración en sangre en menos de 30 minutos, se distribuyen a los tejidos, se transforman en el hígado y se excretan por los riñones, en su mayor parte por la orina.

Los derivados del acetaminofén,, presentan mucho menos reacciones secundarias que los salicilatos, y por lo que se refiere a éstos, su acción analgésica y antipirética son similares, aunque no se sabe su sitio de acción. Su acción antiinflamatoria, es relativamente débil.

TEMPRA; Las encontramos en forma de: tabletas, jarabe, supositorios, gotas.

Posee un efecto analgésico eficaz por su rápida absorción en el tracto gastrointestinal.

Está indicado en cefaleas, neuralgias, dolor muscular y articular, en odontalgias y dolor postquirúrgico bucal.

Está contraindicado en hipersensibilidad al acetaminofén, a dosis elevadas presenta erupciones y reacciones alérgicas.

Se administra en adultos 1 a 2 tabletas 3 ó 4 veces al día. En niños de 6 a 12 años de media a una tableta, tres o cuatro veces al día. El jarabe, de una a seis cucharadas al día, las gotas de uno a dos goteros, cuatro veces al día y los supositorios de uno a cuatro veces al día dependiendo la edad y peso del niño.

WINASORB: Esta indicado para alivio de cefaleas, neuritis, dolor muscular, dolores artríticos y reumatoides, otalgia, odontalgia, dolor de la dentición y dolor postquirúrgico bucal.

Está contraindicado en hipersensibilidad al acetaminofén; las reacciones secundarias son raras, aunque puede presentarse una ligera reacción alérgica y somnolencia.

Se administra en adultos de una a dos tabletas de 3 a 4 veces al día. Las gotas son para uso infantil de uno a cuatro goteros de 3 a 4 veces al día, dependiendo de la edad y peso del niño.

ANALGESICOS SINTETICOS: Son productos desarrollados totalmente en el laboratorio, que pretenden sustituir los obtenidos de sustancia naturales, este tipo de fármacos pueden tener el mismo potencial de acción que los derivados naturales, pero tratando de eliminar sus reacciones secundarias, es decir, disminuyendo su toxicidad.

Entre ellos encontramos:

CONMEL: Es un derivado sintético de la pirazolona, llamado dipirona, posee las propiedades generales de los salicilatos, pero no producen problemas gástricos, produce excelente analgesia, así como efecto antipirético y antiinflamatorio.

Está indicado en cualquier afección que presenta fiebre y dolor agudo o crónico, en procesos infecciosos agudos,

cefalalgia, neuralgia, se recomienda para todos los procesos odontológicos, que requieran analgesia.

Se contraindica en intolerantes al fármaco, o que sufren enfermedad hepática, no debe excederse a la dosis, ni administrar por más de 10 días. Puede provocar reacciones secundarias como vómito, anuria, anemia, edema, náusea, hemorragia gastrointestinal, y reacciones alérgicas.

Se administra en adultos de 1 a 2 tabletas, 3 ó 4 veces al día dependiendo de la intensidad del dolor. En niños se administra media tableta 2 ó 3 veces al día según la edad.

DOLOBID: Posee acción analgésica prolongada y propiedades antiinflamatorias. Está indicado para aliviar el dolor causado por traumatismos, distensiones músculo-esqueléticas, artritis, es muy eficaz para el dolor postoperatorio de cirugía bucal, odontalgia y dolor postoperatorio de cirugía mayor.

Está contraindicado en hipersensibilidad del fármaco, con antecedentes hemorrágicos o de ataques asmáticos provocados por salicilatos, debe usarse con precaución en personas con úlcera péptica o antecedentes gastrointestinales, personas bajo tratamiento de anticoagulantes o insuficiencia renal, no debe usarse durante el embarazo y no existe dosis pediátrica.

Pueden presentarse reacciones secundarias como gastralgia, náusea, vómito, úlcera, vértigo, somnolencia, prurito, y erupciones cutáneas, siendo muy raras que éstas se presenten.

Se administran 500 mg. cada 12 horas las tabletas se deben deglutir enteras sin partirlas ni masticarlas.

NEO-MELUBRINA: Indicado en cualquier padecimiento que curse con dolor y fiebre, como son traumatismos, neuralgias, mialgias, osteoartritis y padecimientos de cualquier etiología. Alivia el dolor postoperatorio de cirugía mayor, bucal y odontalgias.

Se contraíndica en pacientes con úlcera duodenal activa, insuficiencia hepática, hepatitis, discrasias sanguíneas, insuficiencia cardíaca y el hígado y riñón. Las reacciones secundarias son: náuseas, vómito, urticaria, gastritis y diarrea.

Se administra en niños en gotas, jarabe y supositorios, dependiendo de la edad del niño; en niños mayores se administra una ampollita de 2 ml. dos o tres veces al día I.M. o I.V., o bien un comprimido cuatro veces al día.

En adultos se administra una o dos ampollitas de 2ml. dos veces al día. Una ampollita de 5ml. dos veces al día, I.M. o I.V. o bien dos comprimidos cuatro veces al día.

ANTIINFLAMATORIO.

Son un grupo de fármacos sintéticos en su mayoría que contienen sustancias como la fenilbutazona, la oxifenilbutazona, la indometacina y algunas otras que tienen acción semejante a los analgésicos salicilatos, ya que actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas de modo que se interrumpe el fenómeno subsecuente de la inflamación, eliminando así el edema inflamatorio y el dolor, no así a la

reacción inflamatoria propia, ya que ésta deberá suceder para eliminar los agentes extraños, células muertas y microorganismos presentes en las heridas causadas por la cirugía bucal.

Se consideran antiinflamatorios a aquellos fármacos cuya acción antiinflamatoria sea mayor que su acción analgésica.

Entre algunos fármacos disponibles en el mercado tenemos:

ANANASE: Proporciona alivio del dolor y reducción del edema de los procesos inflamatorios de cualquier índole, facilita la absorción de los antibióticos.

Está contraindicado en los trastornos de la coagulación, y en insuficiencia renal o hepática grave.

Se administran de una a dos grageas, cuatro veces al día.

TROMASIN: Está indicado en pacientes que cursen con cualquier índole de proceso inflamatorio, así como para la absorción de hematomas en personas traumatizadas, se debe usar con precaución en pacientes que ingieren anticoagulantes y se contraindica en discrasias sanguíneas.

Se administran 2 tabletas media hora antes de cada alimento.

QUIMAGESICO: Proporciona alivio de los síntomas de la inflamación y dolor, está indicado en padecimientos como torceduras, hematomas, tendinitis, traumatología, obstetricia, cirugía mayor, inflamación postquirúrgica

bucal. Debe usarse con precaución en personas bajo tratamiento con anticoagulantes y durante el embarazo.

Se contraindica en trastornos de la coagulación, pancreatitis, y alergia a los componentes.

Se administran 4 cápsulas en 24 horas.

FLANAX: Posee eficaz acción antiinflamatoria, así como acción analgésica y antipirética. Es de acción rápida y de buena tolerancia.

Está indicado en padecimientos de pediatría, ginecología, traumatología, reumatología, etc., así como en la inflamación postquirúrgica bucal y en general, debe administrarse con precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca, hepática y renal.

Está contraindicado en pacientes con asma, rinitis, urticaria, por salicilatos, úlcera péptica activa, embarazo y lactantes.

Se administra en el adulto dos cápsulas al iniciar y posteriormente, una cápsula cada 8 horas. En infantes mayores de 8 años se darán una cápsula cada 8 horas, pero que sea cápsula infantil.

Para que la acción de los agentes antiinflamatorios sea más efectiva, en los pacientes de cirugía bucal, se recomienda su administración algunas horas antes de la cirugía, obteniendo con esto resultados óptimos de acción antiinflamatoria.

Existe otro grupo de fármacos con acción antiinflamatoria, formado por los medicamentos

corticoesteroides, los cuales son utilizados para contrarestar las reacciones alérgicas y la inflamación provocadas por ellas, estos medicamentos no se usan para los pacientes de cirugía bucal, puesto que son considerados depresores del sistema inmunitario y pueden provocar ocultamiento de un proceso infeccioso.

ANTIBIOTICOS.

Los antibióticos son los fármacos encargados de resolver los procesos infecciosos provocados por contaminación bacteriana.

Estos fármacos son obtenidos de microorganismos de diversas especies o por síntesis en el laboratorio.

Los antibióticos actúan sobre los microorganismos por diversos métodos o mecanismos, los que dependen de la resistencia de los microorganismos a los fármacos, por lo que deben poseer ciertas cualidades y son:

1.- Deben tener actividad antimicrobiana selectiva y eficaz.

2.- Debe ser bactericida y no bacteriostático.

3.- Los microorganismos no deben desarrollar resistencia al fármaco.

4.- El fármaco no debe atacar a las células del huésped y su excreción no debe causar lesiones renales o hepáticas.

Siendo éstas las características ideales de los antibióticos, las cuales no siempre están reunidas en todos los fármacos.

En la actualidad la cualidad más importante de los antibióticos, es su selectividad para actuar contra los microorganismos patógenos y de ser bactericidas, es decir, son capaces de matar y destruir los microorganismos; no así los bacteriostáticos que sólo interrumpen el desarrollo de los microorganismos, que al suspender el medicamento los microorganismos se desarrollan de nuevo.

Los antibióticos ejercen su acción bactericida por acción directa sobre los procesos vitales de las bacterias patógenas por tres métodos que son:

- 1.- Inhibición de la síntesis de la pared celular.
- 2.- Inhibición de la síntesis de proteínas.
- 3.- La interferencia de la función de la membrana citoplasmática.

Así tendremos antibióticos de espectro estrecho, medio y amplio espectro, para la mejor elección del antibiótico por cada padecimiento específico.

Los fármacos antibióticos se dividen en seis grandes grupos de acuerdo a su origen que son:

- 1.- AMINOGLUCOSIDOS: Gentamicina, Kanamicina, Estreptomina, Anfotericina B.
- 2.- CEFALOSPORINAS: Cefazolina, Cefalexina, Cefatolina, Cloranfenicol, Clindamicina, Eritromicina, Lincomicina.
- 3.- PENICILINAS: Amoxicilina, Ampicilina, Carbenicilina, Meticilina, Oxacilina, Penicilina G.
- 4.- TETRACICLINAS: Clorotetraciclina, Oxitetraciclina, Tetraciclina, Metaciclina.

5.- AGENTES TUBERCULOSTATICOS: Etambutol, Isoniacida, Rifampina.

6.- ANTISEPTICOS DE VIAS URINARIAS: Acido Naxidilico, Nitrofurantoina, Vancomicina.

El cirujano bucal se enfrenta a infecciones especificas, como se ha explicado, por lo que debe usar antibióticos capaces de resolverlas con prontitud y eficacia, en base a esto, encontramos que los antibióticos útiles contra las infecciones bucales son:

ESTREPTOMICINA S: Está indicada en infecciones producidas por microorganismos gramnegativos. Puede provocar reacciones secundarias como insuficiencia renal, discrasias sanguíneas, etc.

Está contraindicada en personas con padecimientos renales, idiosincrasia a la sal y la lesión al octavo par.

Se administra un frasco ampula al iniciar, diariamente para luego disminuir la dosis semanalmente en tratamientos prolongados. En niños se administran 20mg. por kg. de peso del mismo modo que en adultos.

PEN-VI-K:

Ejerce su acción bactericida contra microorganismos sensibles a la penicilina, actuando sobre la pared celular bacteriana.

Está indicado en infecciones provocadas por bacterias sensibles al fármaco como amigdalitis, faringitis, otitis, bronquitis, y abscesos parodontales y odontogénicos.

Debe usarse por vía oral pero cuando esto no sea posible, debe elegirse otro fármaco que pueda ser administrado por vía parenteral. Debe usarse con precaución en personas con dilatación gástrica, vómito, hipermotilidad intestinal y cardoespasma.

Está contraindicado en personas con sensibilidad a la penicilina.

Se administra en adultos y niños mayores, una tableta de 400,000 unidades, cada 6 u 8 horas, durante 10 días sin interrupción, en caso necesario se puede aumentar la dosis y administrarla cada 4 horas.

En niños se administra suspensión, de media a una cucharada cada 6 horas durante 10 días.

PENICILINA G: Está indicada en todos los padecimientos provocados por microorganismos susceptibles a la penicilina. Esta contraindicada en personas con sensibilidad a la penicilina.

Se administra en dosis variables de acuerdo al padecimiento, se puede administrar en uno, cinco y diez millones de unidades.

POSIPEN: Es la mejor penicilina para uso general, muy efectiva contra grampositivos y contra los microorganismos sensibles a la penicilina. Está indicado en amigdalitis, faringitis, otitis, sinusitis, bronquitis agudas, abscesos mamarios, dérmicos, celulitis, infecciones de tipo dental, heridas y quemaduras infectadas.

Se contraindica en personas sensibles a la penicilina, puede provocar reacciones alérgicas como todas las penicilinas.

Se administra en adultos de una a dos cápsulas cada 6 horas, cada cápsula corresponde a 250 mg. que pueden ser sustituidas por un frasco ampula de 250 mg. En niños se administra jarabe de media a dos cucharadas según la edad, en caso necesario éstas dosis se pueden incrementar sin riesgos.

ERITROMICINA: Es la droga de elección en casos de alergia o resistencia a las penicilinas, es eficaz contra grampositivos y los microorganismos sensibles a la eritromicina. Está indicada en infecciones de las vías respiratorias altas, otitis media y en infecciones provocadas por bacterias sensibles a la droga.

Está contraindicada en personas con sensibilidad al medicamento o con insuficiencia hepática, puede presentar reacción alérgica o causar lesión hepática que desaparece al suspender el medicamento.

Se administra una cápsula cada 6 horas.

AMPICILINA: Posee acción antibiótica de amplio espectro.

Está indicada en infecciones de vías respiratorias, digestivas, biliares, y urinarias así como en procesos infecciosos de la cavidad oral.

Está contraindicada en personas con sensibilidad a la penicilina, puede presentar reacción alérgica.

Se administra en cápsulas de una a dos de 250 mg. cada 6 horas.

BINDTAL: Posee acción antibiótica de amplio espectro.

Está indicado en infecciones de vías urinarias, respiratorias, digestivas, locales y generalizadas, en diversas infecciones bucales, infecciones postquirúrgicas y odontogénicas.

Está contraindicado en pacientes alérgicos a la penicilina, puede presentar reacciones alérgicas y diarrea.

Se administra en cápsulas de una a dos, de 500 mg. cada 6 u 8 horas, en frasco ampula de 500 mg. cada 6 u 8 horas, un comprimido de 1 gramo cada 6 u 8 horas, en niños se calcula la dosis diaria a razón de 50 a 200 mg. al día por kg. de peso y dividirla en varias tomas al día.

LINCOCIN: Es un antibiótico de alta acción bactericida, contra grampositivos.

Está indicado en otitis, infecciones de vías respiratorias, así como en heridas infectadas, abscesos, osteomielitis, y problemas bucales, etc.

Está contraindicado en niños menores de un mes de edad, en personas con enfermedad renal, hepática, endocrina o metabólica.

Debe usarse con precaución durante el embarazo.

Se administra en adultos una cápsula de 500 mg. cada 8 horas, una ampolleta de 2ml. o 600 mg. cada 12 horas, en niños se administran 60 mg/kg. oral, cada 8 horas, o 10 mg./kg., inyectable cada 12 horas.

RODOGYL: Se dice que es el antibacteriano de la odontología, ya que actúa sobre los tejidos dentarios y óseos con máxima efectividad.

Está indicado en gingivitis, abscesos odontogénicos, parodontosis, infecciones postquirúrgicas, etc. Favorece la disminución del dolor, la inflamación, el sangrado y la supuración.

No se ha encontrado contraindicación, aunque debe usarse con precaución en personas con sensibilidad a los componentes, que padecen discrasias sanguíneas y durante el embarazo. No se han observado reacciones secundarias graves, aunque ocasionalmente se presentan molestias digestivas, náuseas y diarrea.

Se administran de cuatro a ocho comprimidos al día, durante 5 a 10 días como mínimo.

PENTREXYL: Es ampicilina de amplio espectro que actúa contra grampositivos y gramnegativos, posee eficaz acción bactericida y es atóxico.

Está indicado en infecciones de las vías respiratorias, genitourinarias, gastrointestinales, de la piel, infecciones odontogénicas, y postquirúrgicas bucales.

Está contraindicado en personas hipersensibles a las penicilinas. Se administra un gramo cada 6 horas, en caso necesario la dosis puede aumentar o disminuir según sea el caso. En niños se administran de 50 a 300mg/kg/día, cada cápsula contiene 500 mg. cada tableta o comprimido es de 1

gramo, hay cápsulas de 250 mg., la suspensión es de 250 y 500 mg. por cada 5 ml.

En la actualidad existen muchos otros fármacos antibióticos, pero algunos son más difundidos que otros, dependiendo de su existencia y facilidad para obtenerlos en el mercado, de las experiencias de otros cirujanos, etc.

Es muy importante que el cirujano dentista los utilice basado en referencias fidedignas como el estudio y la investigación serios, así como en los resultados obtenidos de la propia experiencia, de tal manera que sea capaz de utilizarlos con seguridad y conocimiento, redundando esto en mejor y más satisfactorio manejo clínico de nuestros .pacientes.

CONCLUSIONES.

En el transcurso de este trabajo y al término del cuál, he podido darme cuenta de la cantidad de errores que en muchas ocasiones cometemos los estudiantes, pasantes de Odontología, y peor aún los cirujanos dentistas; los cuáles, por querer llevar a cabo un método más práctico, en ocasiones por la falta de tiempo, por el número de pacientes, o por ignorancia, pasamos por alto muchos pasos a seguir e indicaciones que debemos tomar en cuenta desde que el paciente llega a nuestro consultorio, su evaluación preoperatoria, las técnicas anestésicas y quirúrgicas que seguiremos en el tratamiento, hasta concluir con el cuidado postoperatorio, que a menudo es descuidado.

Nada nos cuesta esforzarnos un poco más, para que en cada cirugía, extracción, operación, o cualquier índole de tratamiento a realizar, logremos nuestro objetivo con éxito, ajustándonos a las diferentes técnicas en cada tratamiento a realizar, así como saber resolver las dificultades y posibles complicaciones que se presenten; dándonos cuenta que tenemos una gran responsabilidad con cada uno de nuestros pacientes, y por tanto, nunca realizar un procedimiento quirúrgico, de cuya habilidad no nos sintamos seguros.

El llevar a cabo una adecuada y correcta técnica para cualquier tratamiento, en este caso de cirugía, nos redituará beneficios para el paciente, porque será menor el traumatismo que tendrá que soportar, y su recuperación, será más rápida en cuanto a la funcionalidad de su cavidad oral.

Espero que todo lo analizado anteriormente en cuanto a la cirugía oral y sus principios básicos que debemos tener muy presentes todos los que a ello nos concierne, tenga una aplicación en nuestra práctica diaria y ayude en la problemática de la cirugía oral actual.

Para concluir, quiero expresar que el éxito de cualquier tratamiento que se lleve a cabo dependerá siempre de la habilidad y responsabilidad profesional y moral del Cirujano Dentista que asuma las riendas del tratamiento.

LA SUSTENTANTE.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Archer W. Harry
CIRUGIA BUCAL.
Ed. Mundi-Paraguay-1978.
2a. Edición - Tomo I.
- 2.- Gustav. D. Kruger
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.
Ed. Interamericana.
México, 1987.
4a. Edición.
- 3.- Guralnick, Walter C.
TRATADO DE CIRUGIA ORAL.
Ed. Salvat - Barcelona - 1983.
3a. Edición.
- 4.- Biro E. Carlos
TERAPEUTICA ANTIMICROBIANA.
Ed. Diógenes, S.A.
México, D.F.
6a. Edición.

- 5.- Goodman S., Louis y Alfred Gilman.
BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA.
Nueva Editorial Interamericana.
México, D.F. - 1978.
5a. Edición.
- 6.- Dorland.
DICCIONARIO DE CIENCIAS MEDICAS.
El Ateneo - Buenos Aires - 1976.
- 7.- C.D. Zimbrón Levi.
TECNICAS QUIRURGICAS.
Facultad Odontologia UNAM - 1981.
3a. Edición.
- 8.- Kruger Gustav, O.
CIRUGIA BUCO - MAXILO - FACIAL.
Ed. Médica - Panamericana, S. A. 1986.
5a. Edición.
- 9.- Guillermo A. Ries Centeno.
CIRUGIA BUCAL.
Ed. "El Ateneo", Buenos Aires - 1979.
8a. Edición.
- 10.- DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS.
Salvat Ediciones S.A. de C.V.
México, D.F. 1983.
11a. Edición.

- 11.- Rosenstein Emilio.
DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS.
Ediciones P.L.M. 1983.
29a. Edición.
- 12.- Cutting, M.D. Windsor.
MANUAL DE FARMACOLOGIA.
ACCION Y USO DE LOS MEDICAMENTOS.
- 13.- Myers H. Frederich.
Jawers Ernest.
Goldtjen Alan.
MANUAL DE FARMACOLOGIA CLINICA.
3a. Edición - 1977.
- 14.- Gath Andrés M.D.
FARMACOLOGIA MEDICA.
Ediciones Daytona, S.A.
México, D.F.
9a. Edición.