

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

***TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE
LA TERCERA MOLAR INFERIOR INCLUIDA***

TERESA RODRIGUEZ DELGADO

MEXICO, D. F.
1 9 6 3



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE
LA TERCERA MOLAR INFERIOR INCLUIDA**

T E S I S

*Que para su examen profesional de
CIRUJANO DENTISTA*

Presenta

TERESA RODRIGUEZ DELGADO

MEXICO, D. F.

1 9 6 3

A la memoria de mi padre

Sr. Delfino Rodríguez Rocha

A mi querida madre

Sra. Felicitas Delgado Vda. de Rodríguez

A Rosa María

con todo cariño

A mis tíos

con estimación

**Con gratitud y respeto para todos
mis maestros y en especial al
Dr. Aurelio Galindo por su gentil
ayuda.**

**Al más grande alentador de mi carrera,
con el mayor cariño y recuerdo.
Sr. Lic. Cesáreo San Vicente**

A mis compañeros y amigos, sinceramente

**A mi Escuela
Facultad de Odontología**

**Al Honorable Jurado
Respetuosamente**

HONORABLE JURADO

Al presentar ante ustedes este trabajo lo hago no con el afán de demostrar nuevas técnicas, pero sí con la confianza de que al dictaminar sobre él, lo harán benevolamente puesto que lo he llevado a cabo con empeño y buena voluntad.

Respetuosamente:

TERESA RODRIGUEZ DELGADO

S U M A R I O

- I.—Generalidades de las Piezas Incluidas**
 - a).—Definición**
 - b).—Etiología**
- II.—Clasificación de las Piezas Incluidas**
- III.—Complicaciones o Accidentes a causa de su erupción**
- IV.—Situaciones más frecuentes**
- V.—Anestesia**
- VI.—Importancia del diagnóstico en la cavidad bucal**
- VII.—Técnica Quirúrgica para la extracción de la tercera gruesa molar inferior incluida**
- VIII.—Cuidados Pre y Post operatorios**

I.—GENERALIDADES DE LAS PIEZAS INCLUIDAS

DEFINICIÓN:

Se conoce con el nombre de pieza dentaria incluida o diente incluso a la pieza que a causa de su posición en el interior del hueso o por falta de espacio, no ha podido salir al exterior. Se le da el nombre de diente impactado o impacto pero nos parece errónea esta designación, ya que impacto u objeto impactado es aquel que a causa de otra fuerza más o menos violenta penetra en otra.

ETIOLOGIA DE LAS PIEZAS DENTARIAS INCLUIDAS

Muchas son las causas que pueden dar lugar a estas inclusiones, debiendo citarse en primer término las anomalías del desarrollo del diente, las que pueden producirse en cualquier período de la formación del germen y aún hasta la definitiva calcificación de la corona y de la raíz.

Las causas que producen con mayor frecuencia las inclusiones de los dientes permanentes, y que son las que más interesan desde el punto de vista quirúrgico, son las siguientes:

- I.—Causas locales.
- II.—Causas generales.

I.—LAS CAUSAS LOCALES SON:

- a).—Falta del desarrollo del maxilar.
- b).—Falta de espacio en el sitio correspondiente.

- c).—Persistencia del diente temporal.
- d).—Anomalías de las raíces de los dientes vecinos.
- e).—Calsificación exagerada del hueso en el sitio en que va a ocupar el diente, por lo que se debe, en general, a la pérdida prematura del diente caduco.
- f).—Mala posición del germen dentario.
- g).—Desarrollo incompleto de la raíz.
- h).—Presencia de quistes o tumores en la proximidad del sitio que debe ocupar el diente.
- i).—Existencia de dientes supernumerarios.

La dentición temporaria es reemplazada por la permanente y para que esto suceda es necesario que ocurran las tres condiciones siguientes:

- a).—Pérdida del periodonto.
- b).—Reabsorción de la raíz.
- c).—Reabsorción del alvéolo.

Las causas de la reabsorción se deberá al proceso inflamatorio determinado por la compresión ejercida por la corona del diente permanente en evolución y erupción.

II.—CAUSAS GENERALES:

Las causas generales de la inclusión pueden ser pre-natales y post-natales.

Entre las causas pre-natales nos encontramos las hereditarias en el periodo embrionario, tales como la tuberculosis, la sífilis, desnutrición, medio de vida o padecimiento de la madre, que pueden influir en el desarrollo del producto.

Las influencias post-natales, son las que intervienen en el desarrollo del niño, o sea en la infancia. En esta edad nos vemos a encontrar la tuberculosis ya sea hereditaria o adquirida, la anemia y el raquitismo que influyendo en plena evolución del hueso pueden variar su textura.

II.—CLASIFICACION DE LAS PIEZAS INCLUIDAS

Los dientes incluidos podemos clasificarlos en dos grandes grupos, según que la inclusión sea total o parcial.

Se conoce con el nombre de inclusión total cuando la pieza se halla dentro del maxilar y ni el hueso, ni la fibromucosa están perforados por ninguno de los tubérculos del diente.

La inclusión total puede permanecer íntegramente dentro del hueso y no haber rearsorbido una parte de éste y permanecer completamente cubierto por la mucosa sin solución de continuidad con la cavidad bucal.

La inclusión parcial del diente es aquella en la cual una parte de la corona está en contacto con la cavidad bucal.

En la inclusión parcial del diente puede haberse liberado totalmente del hueso maxilar y estar parcialmente tapado por la mucosa bucal o puede estar cubierto en parte por el hueso y en parte por la mucosa.

LA CLASIFICACION DE LOS DIENTES INCLUIDOS, EN GENERAL, ES LA SIGUIENTE:

A).—Dientes en inclusión total:

- 1.—Completamente cubiertos por el hueso sin contacto con los tejidos blandos (inclusión intraósea total).**
- 2.—Parcialmente cubiertos por el hueso y totalmente por la mucosa (inclusión mixta).**

3.—Libres de hueso y totalmente cubiertos por la mucosa (inclusión submucosa).

B).—Dientes de inclusión parcial (semi incluidos).

1.—Cubiertos en parte por el hueso y por la mucosa y con una porción de la corona en contacto con la cavidad bucal.

2.—Libres totalmente del hueso y cubiertos en parte por la mucosa bucal, es decir, con una porción de la corona en contacto con la cavidad bucal.

III.—COMPLICACIONES O ACCIDENTES A CAUSA DE SU ERUPCION:

Los accidentes o complicaciones más comunes causados por la erupción viciosa de las piezas incluidas, pueden ser:

- 1.—Accidentes mucosos.
- 2.—Accidentes subperiósticos.
- 3.—Accidentes óseos.
- 4.—Accidentes nerviosos.

1.—Los accidentes mucosos se observan en la fibromucosa bucal y se manifiestan en un punto blanco que viene a ser un tubérculo de la pieza incluida. Al hacer presión, la pieza antagonista sobre este punto blanco, ocasiona rubefacción que luego se ulcera y se gangrena.

Viene entonces un período de calma pero al cabo de cuatro o cinco meses se presenta nuevamente el dolor y la tumefacción y al efectuar la presión se extrae pus.

Esto sucede con más frecuencia en las terceras molares inferiores incluidas. La formación de pus ha sido protegida por un capuchón que se encuentra cubriendo los tubérculos. Este "capuchón" está un tanto levantado y permite la entrada de partículas de alimento, éstos se descomponen y viene la acumulación de gérmenes.

2.—Los accidentes subperiósticos más comunes son los abscesos que pueden ser localizados o difusos.

3.—Los accidentes óseos son ocasionados por el pus que pasa a los conductos maxilares. Este pus infecta el hueso y ocasiona ostiomielitis.

4.—Los principales accidentes nerviosos a que dan origen las piezas dentarias incluidas son:

Neuralgia del Trigémino.

Parálisis Facial.

Perturbaciones del oído y la vista.

IV.—SITUACIONES MAS FRECUENTES

Aunque no estamos en condiciones de presentar una estadística segura de las piezas que con mayor frecuencia se encuentran incluidas, son las siguientes:

- 1.—Terceras gruesas molares inferiores.
- 2.—Terceras gruesas molares superiores.
- 3.—Caninos superiores.
- 4.—Caninos inferiores.
- 5.—Premolares superiores.
- 6.—Premolares inferiores.
- 7.—Incisivos laterales superiores.
- 8.—Centrales superiores.

Las primeras y segundas gruesas molares tanto inferiores como superiores en rarísimas ocasiones las encontramos incluidas.

Las piezas que con mayor frecuencia se hallan incluidas son las terceras molares inferiores y sobre todo las terceras molares inferiores izquierda, en virtud de la cortedad del cuerpo de la mandíbula que es la más notable de ese lado.

Después tenemos la tercera gruesa molar superior como pieza incluida, es poco frecuente, pero muchas veces se encuentra incluida en el seno del maxilar.

También el canino superior incluido es frecuente y éste puede ser unilateral o bilateral.

Estas son, a mi manera de ver, las piezas incluidas más frecuentes.

LAS TERCERAS MOLARES INFERIORES INCLUIDAS

Las terceras molares inferiores incluidas son las más frecuentes de todas las inclusiones dentales y su tratamiento quirúrgico requiere mayor destreza y conocimiento.

La posición del tercer molar en el maxilar puede ser variable, por este motivo es necesario estudiarlo tomando como puntos de referencia los elementos que lo rodean de acuerdo con:

- 1.—Posición de la corona.
- 2.—Desarrollo y disposición de la raíz.
- 3.—Naturaleza y tejido óseo.
- 4.—Relación entre el segundo molar y tercer molar.

Para indicar su posición y su relación con las estructuras vecinas, los terceros molares inferiores incluidos pueden clasificarse con los siguientes grupos.

- 1.—Los situados en meseoversión o sea con la corona hacia el segundo molar, y la raíz hacia la rama ascendente del maxilar.
- 2.—Los que presentan distoversión, estando dirigida la corona hacia la rama ascendente del maxilar y las raíces hacia el segundo molar.
- 3.—Los que presentan linguoversión.
- 4.—Los que se encuentran en posición vertical pero retenidos en el hueso.

Hay también los que se encuentran en posición muy baja hasta el borde del maxilar.

V.—ANESTESIA

Es el capítulo de mayor importancia dentro de la Exodoncia, lo constituye, sin duda, la anestesia porque es la supresión de la sensación dolorosa para la práctica de las operaciones quirúrgicas.

La anestesia usada en Exodoncia puede ser general y local.

La anestesia general es la pérdida total de los movimientos y de la conciencia.

La anestesia local, sólo pierde la sensibilidad del dolor en una zona determinada del organismo persistiendo los movimientos y la conciencia.

Son muchas las ventajas de la anestesia local sobre la general y por lo tanto son muy pocos los casos en los cuales se encuentra ésta totalmente indicada.

Anestesia local y regional.—Se llama anestesia local aquella que se obtiene infiltrando con una substancia analgésica todos los tejidos que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica, así pues, sólo se podrá actuar sobre los tejidos infiltrados.

Anestesia regional es la que obra a distancia del campo operatorio, es la infiltración de los nervios o guías sensitivas que enervan una región determinada.

Las substancias que se usan para producir anestesia local y regional, deben sujetarse a varias condiciones:

- 1.—Producir insensibilidad completa y duradera.
- 2.—No deformar el campo operatorio.
- 3.—Debe absorberse sin dejar nódulos que se puedan considerar como cuerpos extraños.
- 4.—No ser tóxica.
- 5.—No ser dolorosa su aplicación.

Se deben tener presentes los siguientes principios al aplicar la anestesia local o regional.

- 1.—A dosis iguales las soluciones concentradas son más tóxicas que las diluidas.
- 2.—A dosis iguales y a concentraciones iguales las inyecciones rápidas son más peligrosas que las lentas.
- 3.—El paso rápido de la anestesia al torrente circulatorio es lo que constituye el peligro.

VI.—IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO EN LA CAVIDAD BUCAL

El diagnóstico.—Es uno de los factores más importantes en el tratamiento quirúrgico de esta clase de inclusiones.

Es indispensable hacer un diagnóstico correcto que es la base del tratamiento.

Para ello se dispone de dos métodos importantes:

- 1.—Un examen clínico.
- 2.—Una buena radiografía.

Un buen diagnóstico puede hacerse después de estudiar los síntomas y los signos subjetivos y objetivos.

- 1.—Examen clínico.

El diagnóstico subjetivo.—Teniendo al enfermo listo para hacerle su interrogatorio, permitiéndole que cuente su historia, guiándole para deducir de los datos que proporcione, los antecedentes que puedan ser útiles, ya sea de su padecimiento actual, de su pasado nosológico o de su estado de salud.

Lo primero que se le interroga es la dolencia que lo trae a la consulta, después de averiguar el principio de la enfermedad, es decir, los primeros síntomas de los que tiene recuerdo; se sigue con la historia de la enfermedad tal y como el paciente o sus familiares lo relatan.

Se insiste el síntoma dolor averiguando las épocas de aparición del mismo, su período, su intensidad, su localización y su irradiación.

El dolor.—Es la expresión sintomática más valiosa que obtenemos del enfermo, pero no indica la intensidad de la enfermedad.

La clase de dolor.—Por el sitio puede ser fijo o irradiado.

Por la forma de aparición puede ser espontáneo o provocado.

Si es espontáneo investigar la forma en que apareció: brusca o gradualmente, si es la primera vez o ya antes lo había hecho.

Puede ser provocado por agentes físicos (temperatura).

Por agentes químicos (resultado de la transformación de los alimentos en el medio bucal) y por agentes mecánicos, traumatismo, percusión, succión, movimiento.

Calidad del dolor.—Puede ser punzante, lancinante, pulsátil.

Su intensidad, agudo o lento.

(b).—**Diagnóstico Objetivo.**—Para este diagnóstico se hacen los siguientes exámenes:

1.—Examen extraoral.

2.—Examen intraoral.

1o.—Examen extraoral consta de los siguientes puntos:

a).—**Inspección visual.** Hay que observar si hay asimetría facial, pues durante varios procesos infecciosos y tumorales se produce aumento de volumen. Comprobado esto se estudian las modificaciones de la coloración de la piel. Se examinan los labios, se advertirá el color, la forma el tamaño y la superficie.

b).—**Palpación.**—Por medio de este examen se descubre la diferencia entre el lado sano y el lado enfermo, se puede establecer ciertos matices de sensibilidad, cambios de volumen, de consistencia.

2o.—Examen Intraoral.—En este examen hay que inspeccionar muy bien la cavidad bucal, se hace que el paciente abra la boca y de este modo se sabe si existe trismo.

Si no hay trismo, se hace abrir ampliamente la boca del paciente y se examina por separado las dos regiones en que se divide; la cavidad bucal y el vestíbulo y las porciones palatina y lingual.

- a).—Partes blandas.—Se observa la coloración de las mucosas, las anormalidades o lesiones que pueden presentar el estado de las encías.
- b).—Encías.—El color de las encías es rosado pálido, este tejido está adherido a los cuellos de los dientes, sangra y hay formación de cálculos, a veces padece hipertrofia.
- c).—Lengua.—Al explorar la lengua se observa su tamaño, la forma, el color, la superficie y la movilidad; en la lengua se pueden presentar muchos padecimientos y anormalidades, entre otras, la macroglosia y la microglosia, las glositis.
- d).—Aliento.—El aliento fétido o halitosis puede ser signo de muchas enfermedades locales, entre otras, caries dental (infección fusoespirilar de Vincent), diversas clases de estomatitis, ostiomielitis, amigdalitis, etc. También puede ser síntoma de algunas enfermedades generales como carcinoma del estómago, bronquitis, abscesos hepáticos.
- e).—Faringe.—Debemos observar los pilares anteriores las criptas amigdalinas y las amígdalas, pues hay muchas veces amigdalitis catarral aguda, inflamación del paladar blando o de la úvula.
- f).—Suelo de la Boca.—Generalmente las infecciones del suelo de la boca tienen los siguientes orígenes: enfermedades de la faringe, complicaciones de las infeccio-

nes dentales o también infecciones de las glándulas salivales.

- g).—Paladar duro y blando.—El examen del paladar por su cara inferior puede hacerse a simple vista, por medio del tacto se notará si hay ulceraciones, quistes, neoplasmas, áreas hipertróficas del tejido óseo, cicatrizaciones o hendiduras congénitas y adquiridas. También observamos su forma que puede ser muy variada.
- h).—Maxilar y Mandíbulas.—En ellas se pueden encontrar deformaciones asimétricas, aumento o disminución.
- i).—Aparato Dental.—Con ayuda de espejos, pinzas, exploradores se hace el examen minucioso de todo el aparato dental se revisan por sus cinco caras, es decir, oclusal, lingual y proximales, comenzando por el último diente de un lado del arco superior para terminar por el análogo del arco inferior. Se comprueba la ausencia de algún diente, se ve si hay dientes supernumerarios, el grado de caries, se anota el estado del periodonto, se observa la movilidad de las piezas. Lo mismo que las piezas protéticas o las obturaciones, la presencia de Tártaro dentro o supragingival; también se observa la mordida para saber si hay oclusión traumática.

nes dentales o también infecciones de las glándulas salivales.

- g).—Paladar duro y blando.—El examen del paladar por su cara inferior puede hacerse a simple vista, por medio del tacto se notará si hay ulceraciones, quistes, neoplasmas, áreas hipertróficas del tejido óseo, cicatrizaciones o hendiduras congénitas y adquiridas. También observamos su forma que puede ser muy variada.
- h).—Maxilar y Mandíbulas.—En ellas se pueden encontrar deformaciones asimétricas, aumento o disminución.
- i).—Aparato Dental.—Con ayuda de espejos, pinzas, exploradores se hace el examen minucioso de todo el aparato dental se revisan por sus cinco caras, es decir, oclusal, lingual y proximales, comenzando por el último diente de un lado del arco superior para terminar por el análogo del arco inferior. Se comprueba la ausencia de algún diente, se ve si hay dientes supernumerarios, el grado de caries, se anota el estado del periodonto, se observa la movilidad de las piezas. Lo mismo que las piezas protéticas o las obturaciones, la presencia de Tártaro dentario supragingival; también se observa la mordida para saber si hay oclusión traumática.

2.—RAFIOGRAFIA

En cirugía odontomaxilar, la radiografía es de absoluta necesidad. No hay una sola afección quirúrgica de los dientes o de los maxilares en los que la radiografía no constituya una valiosísima ayuda, es un elemento definitivo para el diagnóstico. Con las radiografías se hará un estudio completo del diente es decir, su tamaño, su forma, su posición en el maxilar, la situación del diente incluido, la dirección y la forma de las raíces, su relación con las tablas externas e internas, con la rama ascendente, con el canal dentario, su relativa profundidad con el cuerpo del maxilar, sus relaciones anatómicas, el tipo de diente normal y anormal, la condición patológica del diente y de los tejidos vecinos.

En cuanto a la inclinación de las raíces del diente o pieza incluida pueden presentarse las siguientes variaciones; unión de las raíces; una raíz recta y otra inclinada hacia el lado distal y la raíz distal inclinada hacia el lado mesial; ambas raíces rectas y separadas, la raíz mesial recta y la distal inclinada hacia el lado mesial; las raíces divergentes; raíces supernumerarias, hipertrofia de las raíces y si éstas están parcialmente o totalmente desarrolladas así como el contacto de las raíces del diente incluso con las del segundo molar.

El desarrollo de la raíz del segundo molar ha de estudiarse para determinar si hay áreas morbosas alrededor de ellas y averiguar si son de forma cónica y si hay probabilidad de que sean luxadas al ser extraído el tercer grueso molar.

Se estudiará cuidadosamente el tejido óseo entre el segundo y tercer molar poniendo en consideración en la vía de entrada a la corona del tercer molar así como la elección del punto de apoyo de la corona.

Se tomará nota del tabique entre las raíces del tercer molar y se procurará determinar la posición que habrá necesidad de extirpar para hacer la luxación del diente.

Cuando la inclusión está muy próxima al borde inferior de la mandíbula se recapacitará definitivamente acerca de intensidad y dirección de la fuerza que ha de aplicarse para no ocasionar fractura.

Se observará la corona del segundo molar tanto en la radiografía como por medio de la inspección ocular, para ver si está situada en el mismo plano para la cara oclusal del primer molar y de los otros dientes, o si está desviada hacia el lado lingual o bucal, o si el diente está inclinado en sentido mesial o distal, o si está en relación normal en la arcada. Esto es de gran importancia en el diagnóstico radiográfico de la inclusión.

Sin embargo, a veces no es posible obtener esta clase de radiografías: estados patológicos, tales como trismo anquilosis de la mandíbula o intolerancia del paciente a consecuencia de reflejos nos obliga a decidirnos por radiografías extraorales, las que si es cierto, no nos dan los detalles de las intraorales.

En algunos casos, no muy frecuentes, cuando el diente está alojado ya sea en la rama ascendente del maxilar, o en la proximidad de su ángulo, las películas intraorales no alcanzan para darnos la imagen total del diente, razón por la cual en estos casos deberemos recurrir a las radiografías extraorales.

Cuando se trata de un canino incluido, la radiografía tiene que comprender todo el diente y una porción de hueso vecino, de lo contrario puede cometerse a error de intervenir por la vía vestibular en dientes situados en el lado palatino o vice-versa.

Puede aparecer que el diente está muy superficial cuando en realidad su situación es muy profunda.

Las radiografías oclusales se toman cuando se trate de inclusiones totales, la radiografía oclusal es el único empleo de dar a conocer la relación bucolingual del molar con respecto al segundo y a las tablas internas y externas del maxilar.

El estudio radiográfico cuidadoso completará el examen clínico y no permitirá decidirnos por la técnica más adecuada para cada caso y al mismo tiempo que realizar esta técnica con el menor riesgo para el paciente y el menor esfuerzo para el cirujano.

En la mayoría de los casos, radiografías intraorales en posición vertical y oclusal son, no solamente suficientes sino las más indicadas.

VII.—TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE LA TERCERA MOLAR INFERIOR INCLUIDA

INCISION Y COLGAJO

Para hacer la extracción del tercer grueso molar inferior incluido, usaremos el método del colgajo para descubrir y ampliar nuestro campo operatorio.

La incisión debe hacerse sobre el espacio retromolar de adelante a atrás y de abajo a arriba.

Una buena incisión debe llenar los requisitos siguientes: bisturí bien afilado, posición precisa y menor longitud posible, corte sistemático y regular que sea mayor que el corte de hueso de 5 a 6 mm. La incisión debe hacerse de un solo trazo por deslizamiento y sin gran presión para que los bordes sean regulares y faciliten la cicatrización.

El segundo tiempo es el desprendimiento del colgajo, el que será siempre el lado vestibular, con la legra roma se desprende la fibromucosa dejando al descubierto el maxilar, si la inclusión es total, y el maxilar y parte del diente si la inclusión es parcial.

El tercer tiempo es la trepanación ósea la que tiene por objeto descubrir la corona del diente. Para ello se eliminará tanto hueso como sea necesario. Debe siempre considerarse la cantidad de hueso que hay que resecar. Esto depende esencialmente del tamaño de la pieza incluida, de la profundida a que esté alojada y la textura del hueso.

Si la superficie oclusal se encuentra también cubierta ha de procederse ante todo a liberarlo del hueso que lo cubre, además; del hueso ha de extirparse en sus tres caras, la sección debe rebasar las partes más salientes de los puntos convexos de la corona.

En la superficie vestibular y distal la pieza incluida debe dejarse a mayor profundida, el lado lingual debe permanecer siempre intacto. Si no se descubre bien la corona se hace mayor fuerza para su extracción porque además de levantar la pieza de su alveolo hay que vencer la retención.

Esta parte descubierta servirá para la aplicación del botador y facilitará la luxación del diente o pieza incluida por ser la más accesible y porque la penetración más profunda en este lugar es la que ofrece menos probabilidades de complicación postoperatoria grave.

Para cortar la cantidad necesaria de tejido óseo se utiliza el cincel martillo o una broca para hueso, también se puede usar el impacto con una punta apropiada. Con la punta del cincel o del impacto nos dará bordes más o menos homogéneos.

En cambio con la broca de hueso es de un valor muy práctico el hueso se corta rápidamente con una mínima traumatización de los tejidos.

Ya cortado el hueso lo necesariamente posible se introduce el botador apropiado poco a poco por el lado mesial haciendo palanca hacia arriba y hacia atrás, aplicando sobre el reborde alveolar. Deberá hacerse con gran cuidado y usando los dedos índice y pulgar izquierdo para limitar, poco a poco se va viendo si la pieza incluida pasa, y si no hay que ir midiendo hasta que la pieza pase.

Seguimos usando el botador hasta que la pieza se mueva, y si no hay que quitar la retención que haya hasta que pasa la corona, según sea la posición en que encuentre, y una vez que se ha movido o la hemos levantado, se ayuda uno con la pieza propia o con puro botador.

Una vez hecha la extracción de la tercera molar incluida hay que proceder a la regularización de los rebordes óseos, con limas con cucharillas hay que quitar todo dejando limpio el alveolo sin dejar ninguna esquirla ósea que haya podido desprenderse al limar.

Se levanta el colgajo y se hace bien el planchado para que el periostio queda perfectamente adaptado a la superficie ósea.

Cuando el colgajo es amplio y no se detiene bien se debe suturar.

La sutura por lo general impide la circulación y la cicatrización rápida.

Al despedir al paciente le damos instrucciones para los cuidados que debe tener en su casa y lo hacemos volver al día siguiente, para comprobar si se ha formado el coágulo, si éste está bien constituido y si la herida no se ha infectado.

VIII.—CUIDADOS PRE Y POST OPERATORIOS

Los cuidados pre operatorios consisten en la preparación orgánica del individuo con el fin de evitar que el tratamiento quirúrgico, al cual va a someterse, traiga como consecuencia incidentes que puedan llegar a ser graves. Además del tratamiento que se lleva a cabo para mejorar su estado fisiológico, si existen anomalías y proporcionar medicación preparatoria que consiste, generalmente, en suministrar al paciente medicamentos para disminuir la nerviosidad y también para controlar las reacciones tóxicas o psíquicas que puedan ser producidas por los anestésicos locales.

POST OPERATORIO

Tratamiento o cuidados Post Operatorios.—Son el conjunto de procedimientos que se realizan después de la intervención quirúrgica con el objeto de mantener los fines deseados por esta intervención y colaborar con la naturaleza en lograr el restablecimiento.

El post operatorio es una fase importante de nuestro trabajo que no debemos descuidar.

El tratamiento, cuidado y la vigilancia del paciente puede modificar el éxito de la intervención.

Los accidentes que pueden presentarse después de la extracción dentaria principalmente, pueden ser inmediatos o con-

secutivos como son hemorragia, los dolores post operatorios e infecciones.

Los consecutivos a distancia, como la fiebre, el tétano o la septicemia.

El traumatismo es la causa más importante que origina el dolor post operatorio.

Por lo tanto, los cuidados post operatorios se refieren al cuidado que debe tener el operador en la asepsia, antisepsia posterior a la extracción dentaria, así como contribuir si es necesario a la formación del coágulo, por eso hay que evitar manipulaciones de cualquier índole a ese coágulo correctamente formado, no prescribir enjuagatorios bruscos que lo puedan remover y mucho menos durante las dos primeras horas después de la extracción.

Esta es una medida común a todas las intervenciones en la boca. Hay que aplicar compresas frías o mejor una bolsa con hielo, sobre la piel del carrillo correspondiente a la zona operada. Se trata de prevenir el edema y el dolor, o combatirlos en caso de que apareciesen.

Recomendar al paciente reducir la movilidad de los labios para respetar la coaptación del colgajo y evitar hemorragias.

Después de esta recomendación citaremos al paciente después de 24 horas de intervalo.

El tratamiento post-operatorio se divide en:

Tratamiento Local y Tratamiento General.

El Tratamiento Local.—Se reduce a la higiene bucal y fisioterapia, para mejorar el estado de las heridas de la cavidad bucal, entre estos agentes se puede citar el frío, el calor, así como los rayos infrarrojos.

El frío está especialmente indicado cuando la inflamación empieza, consecuencia, muchas veces, del traumatismo. Ocasiona el frío la contracción de los vasos sanguíneos y retarda la exudación de los elementos de la sangre, también tiene efecto sedante, se puede aplicar de quince a veinte minutos por hora.

El calor stá más indicado cuando hay además considerables con hiperemia pasiva, estancamiento y probablemente un foco de infección. El calor actúa como sedante, activa la circulación y en presencia de abscesos profundos facilita la salida de secreción purulenta.

La mejor manera de aplicar el calor es en forma seca y puede aplicarse constantemente hasta que sea resuelta la inflamación.

Los rayos infrarrojos.—Estos rayos actúan no solamente sobre la superficie de la piel, sino también en lo profundo de los tejidos, los cuales lo soportan perfectamente. El tiempo de irradiación es variable; puede comenzarse con una duración de veinte minutos en las dos primeras sesiones.

Tratamiento General.—Este tratamiento se refiere especialmente al mantenimiento del pulso, de la tensión arterial, de la alimentación, tratamiento Shock; también puede comprender las complicaciones post-operatorias más frecuentes: la hemorragia, infección y dolor.

Hemorragia.—Según Mead, es la salida normal de la sangre con todos sus componentes del interior de los vasos a consecuencia de traumatismos o enfermedad.

Las causas que originan una hemorragia son las siguientes:

Traumatismos, intervenciones quirúrgicas, irritación por cuerpos extraños, como esquirlas óseas, estados congestivos del tejido traumatizado. La mayor parte de las hemorragias intrabucales que interesan al cirujano oral, son hemorragias óseas, en las cuales el procedimiento más simple para detenerlas es el taponamiento, también el termocauterio y el galvanocauterio pueden emplearse para cohibir las hemorragias óseas, así como electro desecación.

Hay preparados a base de tejido muscular, de tejido hepático y de las substancias coagulantes de la sangre y de los órganos hematopoyéticos en forma de polvos y soluciones que puestos en contacto con los tejidos que sangran determinan la hemos-

tasis casi enseguida, como recurso de última hora se puede usar el coaguleno y vitamina K.

Infección.—Después de una intervención quirúrgica la complicación más molesta es la infección; ésta puede localizarse en el alvéolo o extenderse a los maxilares o a las partes blandas.

La infección del alvéolo ocasiona la alveolitis que puede ser de dos clases:

Por inflamación del periostio que recubre las paredes alveolares o por la destrucción del mismo (alvéolo seco).

En algunos casos la infección alveolar no se detiene en esta zona, sino que invade el tejido óseo vecino y da origen a una osteíte o una osteomielitis.

Esta infección debe tratarse tanto local como general.

La infección de las partes blandas puede ocasionar una adenitis, un edema o un flemón.

El tratamiento debe ser general, como en todas las infecciones y toman parte los antibióticos.

El Dolor.—El dolor post-operatorio debe ser atenuado con los analgésicos, si el dolor continúa puede utilizarse los sedantes como el sedol, cibalgina, etc., y excepcionalmente se usarán barbitúricos.

Hematoma.—Algunos a consecuencia del desgarramiento de un vaso, sobre todo venoso, producido por los instrumentos durante la intervención, se origina un derrame sanguíneo, pero aparece horas o días más tarde coloreando la piel o las mucosas (manchas equimóticas).

Régimen Alimenticio.—Es uno de los factores más importantes del tratamiento post-operatorio, éste debe ser a base de líquidos durante el día de la intervención o sea dieta hídrica (jugos de tomate, toronja, naranja, atoles preparados con agua), al día siguiente el paciente podrá tomar una dieta mixta semisólida, compuesta principalmente de cereales cocidos, frutas y carnes blandas.

Una vez que el paciente se encuentra en franco restablecimiento el régimen alimenticio será normal.

La labor del cirujano no concluye al terminar la operación quirúrgica, sino hasta que el paciente queda totalmente restablecido.

BIBLIOGRAFIA

Cirugía Bucal 1a. parte

Sterling V. Mead.

Piezas Dentarias Incluidas

Adolfo José del Rivero Gual—Tesis 1945.

Exodoncia

Prof. Adolph Berger.

Anestesia-Apunte

White Moequecho Juan.