

TESIS PROFESIONAL

TECNICAS QUIRURGICAS UTILIZADAS EN EXODONCIA

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.



JORGE YAMIL LASES NUÑEZ

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

MORELIA, MICH.

1976

103

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TECNICAS QUIRURGICAS UTILIZADAS
EN EXODONCIA**

T E S I S

Que para Obtener el Título de:
MEDICO CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

JORGE YAMIL LASES NUÑEZ

A MI PADRE: SR. JORGE LASES H.

DEDICO ESTE PEQUEÑO TRABAJO PARA AQUEL QUE
MAS GRANDE QUE SU SABIDURIA FUE SU EJEMPLO,
CARIÑO Y COMPRESION, SABIENDOME GUIAR POR EL
CAMINO DE LA VIDA HASTA EL ANHELO DESEADO:

DARME MI CARRERA PROFESIONAL.

EN MEMORIA DE MI MADRE:

JUDITH NUÑEZ V.

A MIS QUERIDOS TIOS Y PRIMOS.

CON RESPETO PARA LA FAMILIA:
TALAVERA BARRERA QUE CON SU APOYO
LOGRE MI META DESEADA.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CON ADMIRACION Y RESPETO A MI ASESOR:
DR. EDUARDO PLAZA P. QUIEN CON SU AYUDA HIZO
POSIBLE LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CON GRATITUD A MIS MAESTROS POR TRANSMITIRME SU SABIDURIA

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A MI HONORABLE JURADO:

CON TODO RESPETO.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A MIS COMPAÑEROS DE GENERACION.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CON AMOR PARA:

LUZ MARIA.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

SUMARIO.

I.-INTRODUCCION.

II.-HISTORIA CLINICA.

III.-EXAMENES PRE-OPERATORIOS Y MEDICACION PRE-OPERATORIA.

IV.- INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

V.-TECNICA DE COLGAJO EN DIENTES SUPERIORES ANTERIORES.

VI.-TECNICA DE COLGAJO EN PIEZAS ANTERIORES INFERIORES Y POSTERIORES.

VII.-CANINOS RETENIDOS.TECNICA QUIRURGICA POR VIA VESTIBULAR Y PALATINA.

VIII.-FORMAS QUE SE PUEDEN FRACTURAR LOS DIENTES PARA SU EXTRACCION.

IX.-TECNICA DE EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

X.- CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY.

XI.-TECNICA DE EXTRACCION DE TERCERAS MOLARES INFERIORES INCLUIDAS (P.VERTICAL)

XII.-TECNICA DE EXTRACCION DE TERCERAS MOLARES INFERIORES INCLUIDAS(P.MESIO-ANGULAR)

XIII.-TECNICA DE EXTRACCION DE TERCERAS MOLARES INFERIORES INCLUIDAS(P.HORIZONTAL)

XIV.-TECNICA DE EXTRACCION DE GERME DE TERCERA MOLAR.

XV.- TECNICA DE EXTRACCION DE SEGUNDA Y TERCERA MOLAR INFERIOR INCLUIDA.

BIBLIOGRAFIA.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

C A P I T U L O I

INTRODUCCION:

Muy a menudo, se le presenta al cirujano oral, casos difíciles de extracción dentaria. Otras veces, en el curso de la extracción, realizada por cualquiera de los procedimientos conocidos, se producen complicaciones que obligan a cambiar la técnica, para simplificar la intervención y para producir menos traumatismo en el paciente. Esta simplificación trae como consecuencia: menor dolor y mejor cicatrización de los tejidos, tanto duros como blandos, lo que nos facilitará también la colocación de aparatos de prótesis.

La extracción a colgajo es una técnica delicada, que debe realizarse con el máximo de cuidado y con el mínimo de traumatismo; por lo tanto decidida la operación y salvo casos excepcionales de extrema urgencia ó de maniobra similitud, la documentación radiográfica es imprescindible. Ración después del estudio clínico y radiográfico completo nos decidiremos por la técnica a seguir.

El colgajo da su nombre a esta técnica, es una porción de mucosa sana que desorendemos de sus adherencias naturales y levantamos con instrumentos especiales, para dejar al descubierto la parte de los maxilares y de los dientes, en las cuales vamos a intervenir. Este colgajo tiene formas y características propias para cada una de las intervenciones; pero hay una indicación de orden general, que el cirujano debe tener siempre presente: una vez que se ha terminado de operar, el colgajo que se había desprendido y levantado deberá adaptarse a su posición primitiva, para proteger a las superficies en las cuales se ha intervenido.

Este colgajo, constituido por mucosa sana, debe estar siempre muy bien irrigado, para que la cicatrización se haga en las mejores condiciones posibles. Teniendo en cuenta esta advertencia, la incisión para formar el

colgajo debe realizarse en un sentido tal que no corte ningún vaso sanguíneo importante; pues si aquél quedara mal nutrido, se cicatrizaría con retardo y - correría el riesgo de que se produjeran necrosis parciales.

El cirujano que se dedique a la práctica de estas técnicas, debe estar en condiciones de realizarlas, para lo cual es indispensable que disponga, además del instrumental necesario, de los conocimientos anatómicos de la región que lo reguarda de cualquier accidente o complicación desagradable.

Generalmente se ha considerado a la técnica de extracción a colgajo como cruenta y mutilante sin embargo cuando ella está indicada y se practica bien, resulta limpia y conservadora, y lesiona mucho menos que los bocados del fórceps, tanto a los tejidos blandos como al hueso.

La disección prolija de aquellos y el tratamiento cuidadoso de estos, hacen que el post-operatorio, sea menos doloroso que con otras técnicas y que la cicatrización se haga más rápidamente.

Las indicaciones de la extracción a colgajo son:

- 1) FRACTURAS DE RAIZ.
- 2) DESTRUCCION DE LA RAIZ.
- 3) ANOMALIAS RADICULARES DE FORMA Y DIRECCION.
- 4) RESTOS RADICULARES INCLUIDOS.
- 5) PIEZAS DENTARIAS INCLUIDAS.
- 6) ALVEOLO HIPERCALCIFICACION

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA:

DEFINICION: Es un registro escrito de los datos obtenidos por el interrogatorio y la exploración de un enfermo con el objeto de elaborar un diagnóstico, fundamentar un pronóstico e instituir un tratamiento específico.

El objetivo principal es buscar los fenómenos que estén fuera de lo normal, así como sus antecedentes y poder valorar los datos obtenidos para emitir un juicio acerca de un enfermo respecto a su salud actual y futura.

El interrogatorio es el primer método clínico que constituye por sí solo, los pilares y la base de la clínica moderna. Su estudio merece toda atención, cuidado y esmero. Haciendo un excelente interrogatorio, obtendremos de él, el máximo número de datos clínicos, los cuales nos sirven en la elaboración, formación e integración de un diagnóstico final.

Para obtener una historia clínica completa, será necesario efectuar un interrogatorio exhaustivo, empleando un lenguaje sencillo, claro y fácil de comprender tanto por el operador como por el paciente.

El interrogatorio se hará mediante una serie de preguntas ordenadas, lógicas, adecuadas y dirigidas al paciente o tercera persona para esclarecer, con precisión, las causas presentes, o pasadas de salud o enfermedad de él y sus descendientes.

Los tipos de interrogatorio de los que haremos uso son:

- A) Interrogatorio directo.
- B) Interrogatorio indirecto.

La historia clínica debe contener:

1) FICHA DE IDENTIFICACION: No. DE EXPEDIENTE.

- a) Nombre del paciente.
- b) Dirección y teléfono.
- c) Edad y Sexo.
- d) Ocupación.
- e) Lugar de nacimiento.
- f) Fecha de examen.

2) MOTIVO DE LA CONSULTA:

- a) Emergencia.
- b) Alivio de una molestia.
- c) Corregir una condición anormal.
- d) Revisión médica y/o odontológica.

3) PADECIMIENTO ACTUAL:

- a) Fecha de inicio.
- b) Sintomatología.
- c) Localización.
- d) Curso del padecimiento.
- e) Carácter (dolor).
- f) Terapéutica empleada.
- g) Causa probable.
- h) Estado actual de los síntomas.

4) SÍNTOMAS GENERALES:

- a) Fiebre.
- b) Astenia.
- c) Adinamia.
- d) Pérdida de peso.

5) INTERROGATORIO DE APARATOS Y SISTEMAS:

I) DIGESTIVO:

- a) Dolor abdominal.
- b) Dispepsia.
- c) Náuseas y vómitos.
- d) Anorexia.
- e) Pirosis.
- f) Disfagia.
- g) Caracteres de las evacuaciones.
- h) Hemorragias.

II) RESPIRATORIO:

- a) Respiración bucal.
- b) Tos, expectoración.
- c) Epistaxis.
- d) Disnea.
- e) Cianosis.
- f) Disfonía.
- g) Hemoptisis.
- h) Dolor.

III) CARDIOVASCULAR:

- a) Palpitaciones.
- b) Dolor precordial.
- c) Cefalea recidivante.
- d) Mareos y lipotimia.

- e) Dianas de esfuerzo.
- f) Edema maleolar.

IV) URINARIO:

- a) Oliguria, disuria.
- b) Poliuria, nicturia.
- c) Diuresis en 24 horas.
- d) Edema palpebral.
- e) Dolor lumbar.
- f) Hematuria.

V) GENITAL FEMENINO:

- a) Menarquia.
- b) Ciclo menstrual.
- c) Dismenorrea, leucorrea.
- d) Metrorragias, abortos.
- e) Embarazos, menopausia.

VI) NERVIOSO:

- a) Neuralgias.
- b) Parálisis, parestesias.
- c) Temblores, sueño.
- d) Cefaleas.
- e) Organos de los sentidos.

VII) PSICOMATICO:

- a) Personalidad.
- b) Memoria.
- c) Ansiedad.
- d) Tensión nerviosa.
- e) Excitabilidad, depresión.

VIII) HEMATOPOYETICO:

- a) Manifestaciones de anemia.
- b) Tendencia hemorragica.

6) ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

- a) Padres, hermanos, cónyuge, hijos.
- b) Sífilis, tuberculosis, diabetes.
- c) Cardiopatías, nefropatías.
- d) Neoplasias, artritis, hemofilia.
- e) Alergias, padecimientos mentales, alcoholismo, y toxicomanías.

7) PERSONALES NO PATOLOGICOS:

- a) Higiene general, habitación.
- b) Alimentación, escolaridad, deportes.
- c) Tabaquismo, alcoholismo.
- d) Inmunización (Vacunas).

8) PERSONALES PATOLOGICOS:

- a) Fiebre eruptivas
- b) Tuberculosis, paludismo.
- c) Parasitos intestinales.
- d) Hemorragias.
- e) Deabetes.
- f) Amigdalitis, otitis.
- g) Cardiopatías, flebitis.
- h) Epilepsia, crisis convulsivas.

9) INSPECCION GENERAL:

- a) Forma de adaptarse al medio.
- b) Edad cronologica y aparente.
- c) Expresión facial, marcha.
- d) Conformación, actitud.

10) EXPLORACION INTRAORAL:

- a) Labios, lengua, piso de la boca.
- b) Paladar y velo.
- c) Maxilar y mandíbula.
- d) Región yugular.
- e) Glandulas salivales.
- f) Región gingival.
- g) Organos dentarios:

Oclusión.
Dentición.
Lesiones por caries.
Restos radiculares.
Dientes ausentes.
Movilidad dentaria.

CAPITULO III

EXAMENES PRE-OPERATORIOS Y MEDICACION PRE-OPERATORIOS:

EXAMENES DE LABORATORIO:

Tiempo atrás se utilizaban con relativa parquedad en la práctica odontológica los análisis de sangre y urinario y las demás pruebas de laboratorio.

El cirujano debe conocer, por lo menos, cuándo se encuentra ante un proceso insólito y recomendar el método que conduzca al reconocimiento de la enfermedad en cuestión. Se recordará que más que el tratamiento local está indicada la terapéutica de la enfermedad general con manifestaciones bucales.

El problema planteado al cirujano dentista se refiere al momento y a la manera de usar la prueba de laboratorio.

El cirujano puede utilizar el examen de sangre con un fin especial, pero si sospecha una anemia o una leucemia, se requerirá el auxilio del Hematólogo para determinar el tipo y tratamiento de la enfermedad, no obstante el cirujano debe conocer perfectamente los significados de las pruebas.

CIFRAS NORMALES DE LA SANGRE; LA TABLA SIGUIENTE INDICA LOS VALORES NORMALES Y GENERALMENTE ACEPTADOS DE LA SANGRE:

Hemoglobina	14-17g. por 100 c.c. de sangre.
Eritrocitos	4.000.000-5.000.000 por MM^3 de sangre.
Valor del Hematócrito	42-45.
Indice Volumétrico	1,0
Indice Colorimétrico	1,0
Leucocitos	5.000 - 10.000 por MM^3 de sangre.

RECUENTO DIFERENCIAL:

Neutrófilos	50 - 70 %
Linfocitos	20 - 30 %
Monocitos	5 - 10 %
Eosinófilos	1 - 4 %
Basófilos	0 - 1 %

Trombocitos-----200.000 - 400.000 por MM^3 de sangre.
Tiempo de Hemorragia-----2 - 4 minutos.
Tiempo de Coagulación-----2 - 8 minutos.
Tiempo de Retracción del Coágulo-----16 - 17 Seg.

CUENTA HEMATICA:

Se calcula el número de glóbulos rojos, una cifra menor es indicativa de anemia. Las anemias se clasifican generalmente por su etiología, esto es, en anemias por disminución de la eritropoyesis o de la formación de hemoglobina.

El tamaño y la forma de los glóbulos rojos se averigua mediante un frotis teñido. En la poiquilocitosis existe irregularidad en la forma de las células (anemia profunda y leucemia); en la anemia también se encuentran muy abundantes hematíes falciformes. En la anisocitosis existe acentuada irregularidad en el tamaño de las células. Los normoblastos son hematíes nucleados, que se hallan en las anemias muy intensas y en diversos tipos de leucemias y son de pronóstico desfavorable. La policromatofilia se refiere a las células que no se tiñen uniformemente, pero que toman los colorantes básicos. Tal ocurren en las enfermedades anteriores citadas. El punteado o degeneración basófila es característico del envenenamiento por el plomo u otros metales. La hipocromasia y la anocromasia constituyen un signo de degeneración normal.

RECUESTO DE LEUCOCITOS:

Los leucocitos asumen la función de proteger al organismo. Su número puede resultar reducido bajo los efectos de algunos tóxicos o aumentando en caso de necesidad.

La cifra alta se presenta en embarazo, digestión alimenticia y en el sujeto expuesto a la interperie.

La cifra baja se denomina Leucopenia (Tuberculosis, Tifoidea, Malaria, Sarampión y algunas infecciones estreptocócicas y agranulocitosis); las

cifras altas, leucocitosis, se presentan en infecciones supurativas, leucemia y caquexia intensa. Una cuenta leucocitaria ascendente indica la progresión de la infección hacia la supuración o la difusión de la enfermedad. En leucopenia un aumento hacia lo normal indica mejoría. En leucemia es un mal progresivo en aumento.

ENFERMEDADES MAS IMPORTANTES QUE PUEDEN PRESENTAR NUMERO ANORMAL DE LEUCOCITOS:

CAUSAS DE LEUCOCITOSIS (Neutrófilo):

Infecciones agudas sobre todo por cocos.

Localizados (Abscesos, Heridas Infectadas, Osteitis, Ostiomielitis, Sinusitis, Apendicitis, Difteria.)

Generalizadas (Fiebre Reumática, Difteria).

Complicaciones de las enfermedades no infecciosas. (Cancer)

INTOXICACION:

Intoxicación por agentes químicos o por medicamentos.

Intoxicación metabólica (Uremia, Eclampsia).

RESPUESTAS ALERGICAS DESPUES DE UNA LEUCOPENIA INICIAL.

Hemorragias.

Respuestas Post-operatorias.

Leucemia.

CAUSAS DE LEUCOPENIA:

Infecciones específicas (Tifoidea, Paludismo, Gripe, Rubéola, Sarampión etc.)

Infecciones en masa (Septicemia, Tuberculosis miliar, Estado de debilidad.)

Trastornos Hematopoyéticos (Anemias Aplásticas, Leucemia, Enfermedad de Gaucher, Agranulocitosis).

Agentes Químicos(Piramidon,Sulfonamida,Metales Pesados,Benzol)

Agentes por Energia Radiante:

CAUSAS DE LINFOCITOSIS:

Infecciones especificas(Parotiditis,Tuberculosis cronica,Sifilis
Secundaria y Congenita,Fiebre Exontemática)

CAUSAS EOSINOFILAS:

Respuestas Alérgicas(Asma,Edema Angioneurótico,Fiebre de Heno,Per-
figio,Dermatitis).

Infecciones especificas(Escarlatina).

Infecciones Parasitarias(Triquinosis).

Trastornos Hematopoyéticos(Enfermedad de Hodgkin,Anemia Perniciosa,
Leucemia Mieloidea Cronica,Irradiación).

CAUSAS DE MONOCITOSIS:

Infecciones especificas(Tuberculosis,Endocarditis,Brucelosis).

Leucemia monocitaria.

Intoxicación por Tetracloretileno.

SEDIMENTACION GLOBULAR:

En el Varón ----- 2 a 8 con un promedio de 3 a 4 mm.

En la Mujer ----- 2 a 10 con un promedio de 5 a 6 mm.

Durante la menstruación asciende a 12 mm.es más rapida en las enfer-
medades que en la salud.Puede acelerarse en procesos patológicos y gravidez.

TIEMPO DE HEMORRAGIA Y DE COAGULACION:

Tiene importancia para el cirujano estomatológico.Si existe anam-
nesis de indebida hemorragia en una lesión anterior o en una extracción den-
taria,o si se proyectan intervenciones quirúrgicas importantes debe hacerse
las pruebas mencionadas.

El tiempo de sangría no es siempre paralelo al tiempo de coagula-
ción,está ligeramente aumentado en las anemias graves.Se encuentra muy aumen

tado de 10 a 90 minutos cuando el número de plaquetas disminuye considerablemente (Púrpura Hemorrágica, Leucemia aguda) y en los pacientes con fibrinemia sumamente baja (Intoxicación con Fósforo).

Es signo de peligro un tiempo de coagulación tres veces mayor que el normal. No constituye contraindicación quirúrgica, pero cuando existe, resultan indicadas las adecuadas precauciones o el tratamiento profiláctico, preferentemente después del juicio adecuado del médico general.

Se observa un tiempo prolongado de coagulación en la Hemofilia, Anemia y Leucemia, en muchas enfermedades infecciosas y en la Ictericia. Es posible un tiempo de coagulación ligeramente superior a lo normal en individuos sanos.

TIEMPO DE RETRACCION DEL COAGULO:

16 - 17 Seg. Cuando esta bajo deben tomarse las precauciones o el tratamiento profiláctico necesario.

TIEMPO DE PROTROMBINA:

La prueba del tiempo de coagulación no discrimina cuál de los diversos factores del mecanismo de coagulación está alterado. Tiene mucha utilidad reconocer el déficit de protrombina. La prueba de Quick es todavía de uso común en la actualidad.

La determinación de la protrombina es útil para diagnosticar el estado de Hipoprotrombinemia, que puede deberse a falta de vitamina K por deficiencia dietética o absorción defectuosa originada por falta de sales biliares, como sucede en la Ictericia obstructiva, fistula biliar, Espure, o en el caso que exista lesión hepática. El uso prolongado de Acido Acetilsalicílico (Aspirina) puede disminuir el tiempo de la protrombina.

La Hipoprotrombinemia puede corregirse en tales casos administrando vitamina K. Se recomienda prescribir 1 mg. de vitamina K por cada 0.30 g. de aspirina si ésta debe ingerirse de manera continua.

QUIMICA HEMATICA:

Elementos químicos de la sangre con importancia para diagnósticos específicos:

Glucosa-----	80 - 120 mg./100 c.c.
Urea-----	8 - 26 mg./100 c.c.
Creatinina-----	1 - 2 mg./100 c.c.
Acido Urico-----	1 - 4 mg./100 c.c.
Colesterol-----	140 - 220 mg./100 c.c.
Calcio-----	9 - 11,5 mg./100 c.c.

El colesterol aparece aumentado en la ictericia obstructiva, arterioesclerosis avanzada, gestación normal (hasta 230 mg.) nefritis, diabetes sacarina y distintas formas de xantomatosis (enfermedad de Schuller-Christian, enfermedad de Rick-Wieman y también en el embarazo.

La glucosa aumenta su valor en diabetes mellitus, disminuye en hiperinsulinismo, enfermedad de Addison.

El Acido úrico aumenta en artritis y nefritis.

La creatinina aumenta en nefritis, prostatitis, intoxicación metálica.

Está elevado en el hiperparatiroidismo que produce descalcificación de los huesos, pero en cambio da lugar a depósitos intersticiales de calcio - (litiasis renal). Los valores bajos indican el desarrollo de tetania.

DIFERENCIACION DE LOS TRASTORNOS HEMORRAGICOS:

Los trastornos hemorrágicos se consideran en el diagnóstico en vista a sus respuestas a las reacciones del laboratorio clínico, según se expone en la tabla siguiente:

I.-Tiempo de coagulación prolongado, tiempo de hemorragia y número de plaquetas normales.

- 1.-Hemofilia (Generalmente hay antecedentes hereditarios).
- 2.-Deficiencia de vitamina K (vease III).
- 3.-Lesión hepática grave (vease III).

- 4.-Hipoprotrombinemia ideopática (vease III).
- 5.-Presencia de anticoagulantes en la sangre (heparina,dicumarol).
- 6.-Seudohefilia.

II.-Tiempo de coagulación y de sangría alargados,cifra de plaquetas normales.

- 1.-Toda clase de citados en el número uno.
- 2.-Fibrinogenopenia(anemia perniciosa y trastórros en la medula ósea, leucemia mieloidea,pelagra y escorbuto.)

III.-Tiempo de protrombina alargado,tiempo de coagulación y sangría y cifra de plaquetas normales.

- 1.-Enfermedad hemorrágica en el recién nacido.
- 2.-Déficit de vitamina K (Ictericia,Fistula biliar,espuré,obstrucción intestinal,colitis,estados post-operatarios.)
- 3.-Lesión hepática grave(Usa prolongado de Acetanilida).
- 4.-Hipoprotrombinemia ideopática.

IV.-Tiempo de sangría alargado,tiempo de coagulación y cifra de plaquetas normales.

- 1.-Diátesis hemorrágica hereditaria.

V.-Tiempo de sangría alargado y trombopenia.

- 1.-Púrpura ideopática hemorrágica.
- 2.-Púrpura trombopenica sintomática devida a intoxicación por agentes químicos,vegetales y animales;irradiación,alteraciones hemáticas y esplénicas.

ANALISI DE ORINA:

La orina se examina como procedimiento habitual en todos los hospitales antes de administrar algún anestésico. Ante todo proporciona información relativa a las enfermedades renales, pero tiene también importancia para el estudio de las irregularidades o deficiencias del metabolismo, las cuales pueden tener a su vez una más directa relación con los trastornos bucales.

Rara vez el cirujano dentista emplee el análisis de orina, pero puede desear conocer los resultados del mismo por el informe del médico.

El clínico debe observar la cantidad de orina (1.000 - 2.000 c.c.) en 24 horas y la frecuencia de la micción pues a menudo proporciona información importante. La poliuria constituye a menudo un signo de nefritis, diabetes, tumor hipofisario o hiperparatiroidismo.

Albumina.—Se observa la presencia de esta en la fiebre, gestación (toxica) nefritis, especialmente si existen cilindros. A veces se le encuentra en casos de pronunciada infección dentaria.

Glucosa.—En la diabetes sacarina se encuentra más del 0.2 % de azúcar; y lo propio ocurre en la diabetes renal, en la cual es regularmente pasajera y proviene a menudo del excesivo uso del alcohol, féculas o azúcar o de sobre esfuerzos nerviosos. La presencia de demasiada glucosa en la orina indica la necesidad de efectuar un examen médico completo.

Acetona.—Se encuentra en los pacientes con acidosis consecutiva al metabolismo imperfecto de la grasa. Se presenta en la diabetes mellitus y puede indicar caquexia, inanición o coma.

Urea.—La úrea se suele excretar en cantidades de 15 - 40 g. cada 24 horas. Resulta aumentada en el bocio tóxico, diabetes, carcinoma y estados febriles, así como en supuraciones bucales tales como la acentuada piorrea periódica.

CIFRAS NORMALES:

Densidad-----	1012 - 1030	Cilindros-----	Negativo
PH-----	5 - 6		
Albumina-----	Negativa.		
Glucosa-----	" " "		
Acetona-----	" " "		
Leucocitos-----	1 - 2 por campo.		
Eritrocitos-----	Negativo.		
Hemoglobina-----	" " "		
Bilirrubina-----	" " "		
Piocytes-----	" " "		

RADIOGRAFIAS:

El examen radiográfico es de importancia para el diagnóstico y para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente una radiografía intraoral, sino que podemos auxiliarnos por varias y con distinta proyección del rayo; es indispensable ver la cúspide (c) y el ápice (a), y conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos (senos, fosas nasales, conducto dentario etc.) y con los dientes vecinos.

La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia de saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios y colocación del diente).

Las películas que podemos utilizar son:

- 1.-Películas dentales intraorales. (Periapicales)
- 2.-Películas oclusales intabucales.
- 3.-Películas extrabucales.

MEDICACION PRE-OPERATORIA:

La premedicación se usa antes de la operación para la comodidad general del paciente y para prevenir efectos secundarios que podría producir el preparado anestésico, especialmente en los pacientes nerviosos.

El bienestar general del paciente comprende el alivio de la ansiedad y de la aprehensión por medio de los barbitúricos. Algunos pacientes necesitan un hipnótico como el Pentobarbital (Nembutal) o el Secobarbital Sódico (Seconal). Diazepam (Valium) la noche anterior a la cita y media hora antes de la intervención. La medicación preanestésica se usa para que la anestesia sea más segura y cómoda para el paciente y más eficaz para el cirujano.

La dosis es de 5 a 10 mg. de cualquiera de los medicamentos la noche anterior a la intervención y media hora antes de la intervención.

La premedicación a de incluir también un preparado anticolinérgico como la Atropina (Atropigen) o la Hiosina (Escopolamina) para disminuir las secreciones salivales y bronquiales. La dosis es una ampollita I.M. 2 mg. media hora antes de la intervención.

CAPITULO IV

INSTRUMENTAL QUIRURGICO:

El instrumental que se emplea para realizar la exodoncia puede variar según indique las necesidades de cada caso en particular y según la preferencia del cirujano.

El orden de colocación estara de acuerdo con el desarrollo de la intervención de tal manera que cada grupo de instrumentos corresponderá a cada tiempo quirúrgico; por lo tanto primero se colocaran los instrumentos de corte, luego los instrumentos de hemostasis, se continúa con el material e instrumental de sutura y el instrumental especial para realizar la intervención planeada.

Por lo general cuando se realiza una exodoncia por técnica de colgajo con osteotomía y odontosección se emplea el siguiente instrumental:

- 1.-Bisturí con hoja No.15
- 2.-Pinza de disección, Pinzas Hemostáticas.
- 3.-Espejo Bucal.
- 4.-Jeringa Gerpul.
- 5.-Lagra o Periostótomo.
- 6.-Separadores de labio, carrillos y de colgajo.
- 7.-Fórceps y Elevadores.
- 8.-Pieza de mano con fresa quirúrgica.
- 9.-Circelsos y martillo.
- 10.-Cucherillas o curetas quirúrgicas.
- 11.-Alveolotomo ó Pinza gubia.
- 12.-Lima para hueso.
- 13.-Porte agujas.
- 14.-Aguja curva con hilo para sutura, Nijeras.
- 15.-Candla para succión y tubo.

El cirujano deberá conocer técnicamente la forma, y el modo de uso del instrumental; puesto de que esta forma obtendrá el éxito al realizar cualquier - intervención exodóntica.

BISTURI.-Consta de un mango No.3 y de una hoja No.15 la cual debe de ser nueva en cada caso, se emplea para realizar el colgajo mucoperiostico y para la sindesmotomía.

PINZA DE DISECCION.-Se emplea para la aplicación de torundas y gases para cohibir la hemorragia durante la operación y para extraer fragmentos de - dientes y otros elementos de la cavidad bucal.

PINZAS HEMOSTATICAS Y LINGUAL.- Cuando se va a trabajar con anestésia general, se puede presentar el peligro de que la lengua del paciente caiga a la faringe imposibilitando la respiración; en estos casos se pinza la lengua con las mismas, la cual debe presentar protectores de goma estriados para sujetarla sin que se lesione. También se utilizan para cohibir la hemorragia, para --- sujetar restos radiculares y evitar la deglución de estos.

ESPEJO BUCAL.- Se utiliza para explorar lo que no podemos ver directamente con la vista.

JERINGA CARPUL.- Nos sirve para colocar nuestro anestésico, cuando se utiliza anestesia loco-regional.

LEGRA O PERIOSTODOMO.-También llamado elevador de periostio, consta de un mango con dos extremos de los cuales el menor se emplea para la elevación de los tejidos y el mayor se usa como separador, los extremos son algo aplanados.

SEPARADORES.-Son de dos tipos: autorretentivos y los que requieren de la sugestión por un ayudante. Consta de dos mangos los cuales van a tomarse y la parte activa que es la que se va a adaptar a la superficie o mucosa.

FORCEPS Y ELEVADORES.-Nos sirven para hacer la eliminación o abulción de las piezas dentarias.

FRESA QUIRURGICA.- La osteotomía en exodancia, se puede realizar con fresas, instrumento útil, poco traumatizante y al cual está acostumbrado el -- cirujano. Se pueden utilizar fresas de carburo de tungsteno o fresas especiales-

para hueso. El empleo de las fresas exige ciertos requisitos: Debe usarse una fresa nueva en cada intervención y remplazarla repetidas veces para que el corte sea perfecto; el instrumento debe ser accionado bajo un chorro de agua esteril o suero fisiológico, para evitar recalentamiento del hueso, que puede causar su mortificación y necrosis, con los trastornos consiguientes: Dolor, Tumefacción o sea Alveolitis operatoria. Se usa para la separación de dientes y raíces, seccionar dientes retenidos. También se puede utilizar discos de carborundum.

CINCELES Y MARTILLO.- En exodoncia tienen aplicación para realizar la osteotomía y para fracturar o seccionar piezas dentarias.

CUCHARILLA O CURETA QUIRURGICA.- Se emplea para extirpar tejidos y detritus degenerativos, resultantes de una infección prolongada o de procesos patológicos como quistes, granulomas etc.

ALVEOLOTOMO.- Sirve para cortar el hueso y regularizar el reborde alveolar o sea para eliminar esquirlas.

LIMA PARA HUESO.- Sirve para eliminar las esquirlas óseas y no dejar ninguna espina irritativa que retarde la cicatrización.

AGUJA CURVA CON HILO O CATGUT.- Nos sirve para suturar los bordes alveolares o gingivales, evita la hemorragia post-operatoria y facilita la cicatrización alveolar.

CANULA PARA SUCCION.- Sirve para eliminar los restos de coágulo que son molestos para el paciente y cuando se hace la osteotomía con fresa eliminar el suero de la cavidad oral.

TECNICA DE COLGAJO EN DIENTES SUPERIORES ANTERIORES.



fig. 1

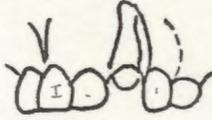


fig. 1 a



fig.2

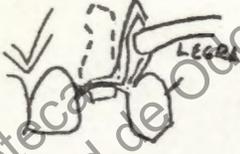


fig.3

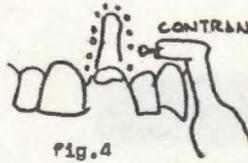


fig.4



fig.5

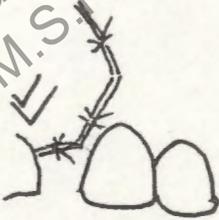


fig.6

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

TECNICA DE COLGAJO EN DIENTES SUPERIORES ANTERIORES.

Debe ser resuelta con estudio radiográfico previo. Tiene las cualidades que ayuda a tener mayor visibilidad en el campo operatorio, mayor limpieza para realizar la intervención, menos laceración de los tejidos blandos y duros y menor traumatismo, con esta técnica se pueda inclusive ahorrar tiempo y molestias post-operatorias, así traumatismos inescasarios al paciente.

El colgajo se hará tan amplio como sea necesario de acuerdo con el trabajo quirúrgico a realizar. La incisión cumplirá los postulados que ya fueron señalados para una incisión correcta, debe estar bien nutrida para evitar necrosis y esfacelo. Es necesario que el bisturí sea de filo perfecto para no desgarrar la mucosa, ni lesionar el periódntio.

ANESTESIA:

Local infiltrativa ó loco regional infraorbitaria.

INCISION:

Una vez esterilizada la mucosa y los dientes con tintura de benzal con un bisturí con hoja No. 15 redonda, se hace un corte nítido de una sola intención a nivel del apice del diente vecino que debe llegar profundamente hasta hueso, pues el colgajo ha de ser mucosa y periódntio (fig 1, 1 a) (en lo posible debe trazarse la incisión respetando el frenillo) (fig. 2) y luego siguiendo el borde libre de la mucosa vestibular o reborde gingival abarcando las piezas necesarias. La incisión debe terminar siempre en un espacio interdentario y nunca en la parte media de la corona de un diente vecino.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

Para esta maniobra se usa una legra o el periostotomo. El desprendimiento se inicia a nivel de la lengüeta interdentario, se introduce en este punto la cual se insinúa por debajo de la fibromucosa, aplicándose directamente sobre hueso.

Es más sencillo desprender primero el colgajo a nivel del cuello del diente y luego continuar en toda la extensión necesaria (fig.3) puede el operador ayudarse en esta maniobra tirando el colgajo con la pinza de disección, para tal eventualidad el labio del paciente debe ser sostenido por el ayudante o por los dedos restantes del operador.

Separado el colgajo en toda la extensión requerida para descubrir el hueso a intervenir, se sostiene con un esperador, se seca el campo operatorio con gasa y se pasa al tiempo quirúrgico siguientes.

OSTEOTOMIA:

La eliminación de la tabla ósea externa suprimirá uno de los principales factores de la retención del diente en su alveolo. La resección del hueso puede hacerse por los diversos procedimientos:

Puede emplearse la fresa quirúrgica para resecar la tabla ósea externa. Es un instrumento al alcance de todos, que todos saben manejar y que reporta mucha ventaja.

El escopolo y martillo son también muy útiles; la resección es limpia, el corte preciso, pero molesta al paciente.

Para la osteotomía con fresa, se emplea la fresa redonda quirúrgica - No.5 a 8 de carburo de tungsteno. La osteotomía con fresa se efectúa aplicando este instrumento sólidamente contra el hueso (fig.4) en su giro el instrumento extirpa el hueso que encuentra a su paso, llegando hasta la raíz a extraerse.

La osteotomía en esta forma exige por lo general un hueso de poco espesor y de poca extensión. El hueso debe irrigarse con suero fisiológico estéril para evitar su recalentamiento y necrosis y se utiliza la cánula de succión para eliminar saliva y sangre.

Se realizan con la fresa pequeños orificios (fig.4) que alcancen toda la profundidad del hueso y que aigen los contornos del hueso a eliminarse.

Los orificios óseos se unen con golpes de martillo o bien con la misma fresa. La extensión y la cantidad del hueso a resecar están fijadas por las condiciones del diente a extraer, en general es suficiente resecar hasta una altura equivalente a la mitad del diente a su tercio apical.

Cuando haya cementosis exageradas, dilaceraciones pronunciadas, o se necesite raspado en la zona apical, la cantidad de hueso a extraerse debe alcanzar la altura y amplitud de las malformaciones o entidades patológicas.

El hueso de la pared alveolar, despues de la eliminación de la raíz debe ser alisado con fresa o bien con una lima para hueso, para evitar lesiones del tejido gingival que va a cubrirle y se logre una perfecta cicatrización y también evitar su necrosis.

EXTRACCION:

Para la extracción de raíces utilizamos los elevadores, aunque también se pueden utilizar forceps en ciertos casos. Los elevadores pueden usarse como palanca o como cuña (fig.5) con cada aplicación se buscará desplazar al órgano dentario hacia el sitio de menor resistencia. Las raíces curvadas o dilaceradas se movilizarán en dirección del arco que describan.

Una vez eliminado el órgano dentario se hace un toilette de la cavidad ósea con agua bidestilada o suero fisiológico estéril, también se eliminan todos los restos de patología periapical con una cucharilla para hueso.

SUTURA:

Una vez terminado el toilette de la cavidad, el colgajo debe ser vuelto a su sitio y mantenidos en tal posición con sutura. Suturemos con puntos aislados con catgut etraumático de 3 ceros o bien con seda o naylon. Los puntos se retiran en 4 o 5 días. (fig.6)

POST-OPERATORIO:

Compresas con hielo en el sitio de la intervención, dieta semi-sólida, evitar comidas irritantes y administración de analgésicos, antibióticos y anti-inflamatorios.

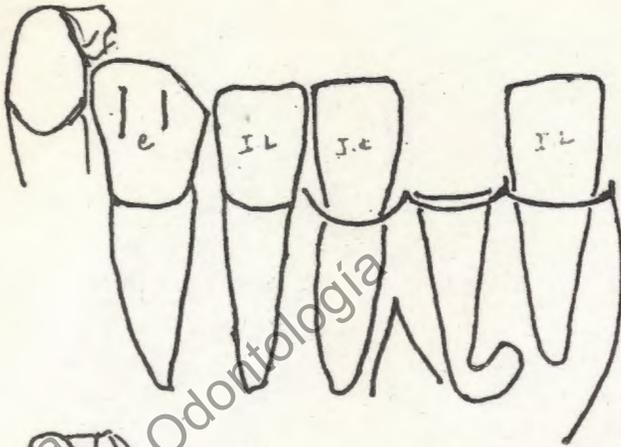


FIG. 1

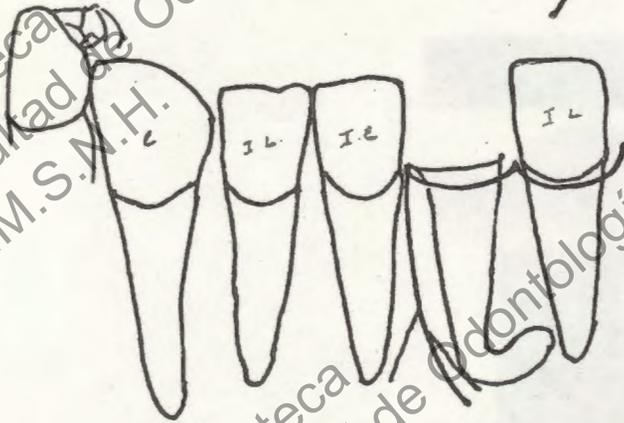


FIG. 2

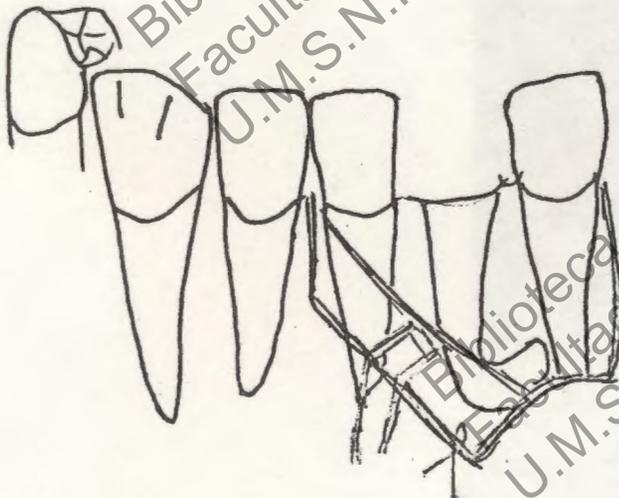


FIG. 3

TECNICA DE COLGAJO EN PIEZAS ANTERIORES INFERIORES Y POSTERIORES.

ANTERIORES:

Vamos a seguir el mismo orden establecido para el superior, es decir, describiremos la técnica de que nos estamos ocupando.

ANESTESIA:

Troncular del nervio dentario inferior i infiltrativa hecha en el tejido laxo de la parte vestibular e igual cantidad en lingual frente al diente - que se va a tratar.

INCISION:

Esterilizada la mucosa, con un bisturí de hoja corta No.15, se punzará la mucosa profundamente hasta tocar perióstio y a la altura del ápice del diente vecino e aquél que se desea extraer. Desde este sitio y manteniendo el contacto del bisturí con la superficie ósea, se dirige el corte hacia arriba hasta llegar al reborde gingival en el espacio interdentario entre el diente a extraer y su vecino. Al practicar esta incisión debe tenerse en cuenta la presencia de los vasos y nervios principales de la región, así como las inserciones musculares y frenillos para no seccionarlos.

En la figura (1) se muestra la incisión correcta de la mucosa para establecer un colgajo en el incisivo central izquierdo. En la figura (2) está representada una incisión incorrecta realizada para preparar un colgajo frente al mismo diente. El frenillo ha sido seccionado con los consiguientes trastornos posteriores.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

El desprendimiento se inicia a nivel de la lengüeta interdentaria, utilizando una legra, se introduce en este punto la cual se incinde por debajo de la fibromucosa aplicandose directamente sobre hueso y el colgajo será sostenido por el ayudante con un separador, en este momento y después de haber efectuado la hemostasis se verá claramente la tabla externa de la mandíbula. fig.(3)

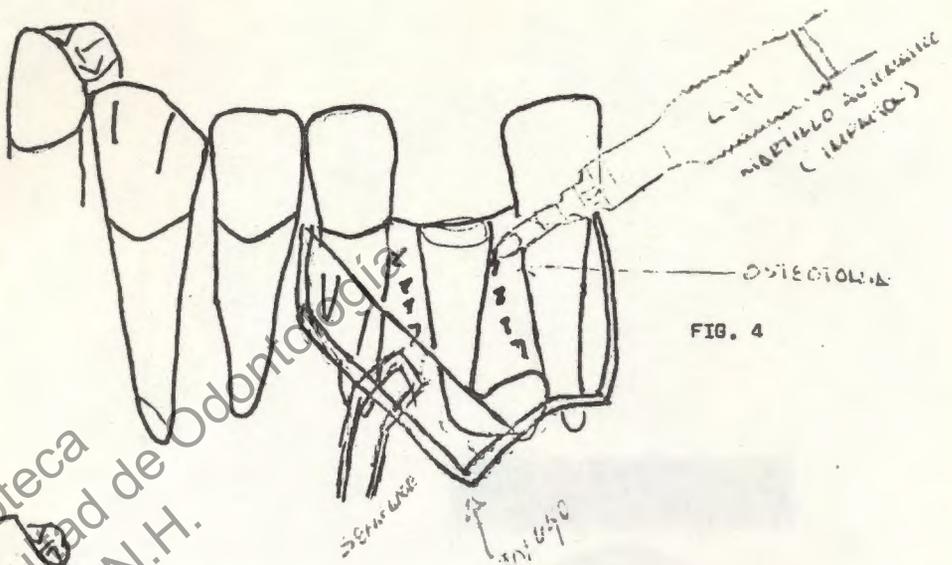


FIG. 4

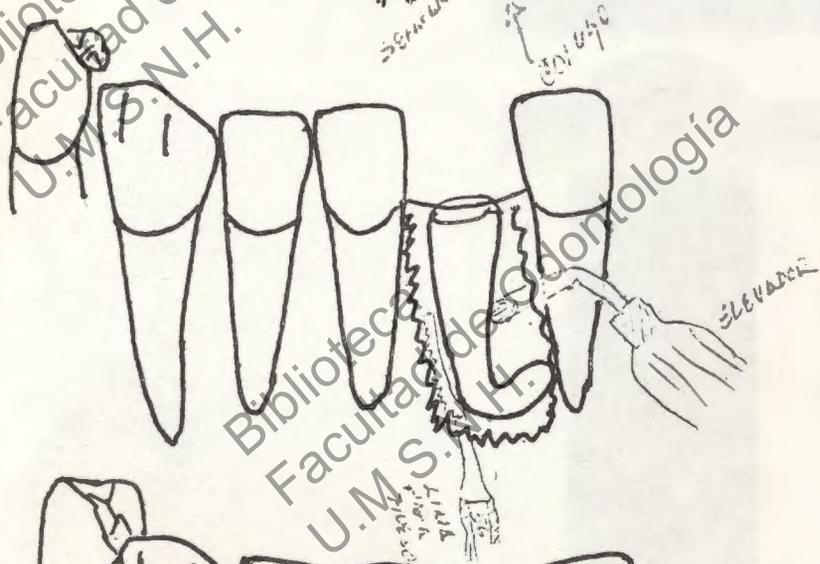


FIG. 5

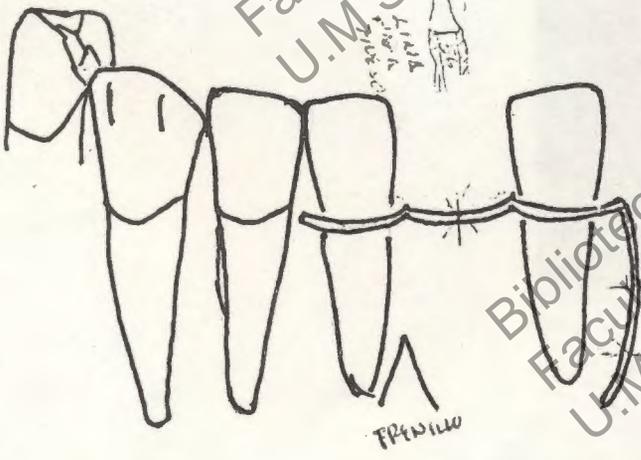


FIG. 6

OSTEOTOMIA:

En este sitio la tabla externa es delgada y compacta como puede observarse al levantar el colgajo y por lo tanto el hueso puede cortarse fácilmente con un osteótomo impulsado a presión manual o a lo sumo aplicando leves golpes de martillo. Desaconsejo el empleo de la fresa pues no ofrece ninguna ventaja - sobre el martillo en esta ocasión. fig.(4)

EXTRACCION:

Para la extracción de raíces utilizemos los elevadores y en algunas - ocasiones se utilizara forceps de tamaño y forma conveniente. fig.(5) La supresión de la parte de la tabla externa facilita el primer movimiento de lateralidad, la luxación y tracción están condicionadas por la dirección de las raíces o disposición radicular.

Una vez eliminado el órgano dentario se hace un toilette de la cavidad ósea con agua bidestilada o suero fisiológico estéril. Después de haber eliminado todos los tejidos enfermos con cucharilla para hueso que puedan existir, se deben alisar los bordes óseos cortantes y puntiagudos (esquirles) por medio - de pinzas gubias, lisas óseas etc. fig.(5)

SUTURA:

Esta es una indicación importante, el éxito de la operación puede verse malogrado por un colgajo desordenado. Se lleve el colgajo a su lugar o posición normal y suturemos con puntos aislados con catgut atraumático de 3 ceros o con seda o nylon; los cuales se retiran en 5 o 7 días. fig.(6)

POST-OPERATORIO:

Compresas con hielo en el sitio de la intervención, dieta semi-sólida evitar comidas irritantes y administrar analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

TECNICA DE COLGAJO EN PIEZAS INFERIORES POSTERIORES.

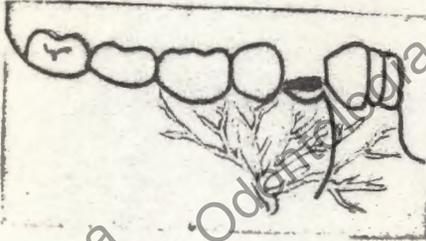


FIG. 1

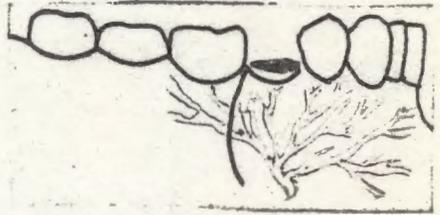


FIG. 2

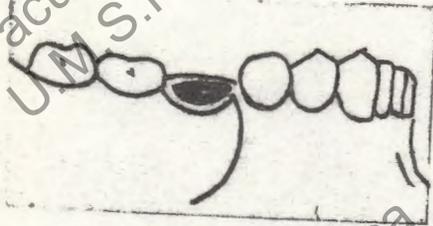


FIG. 3

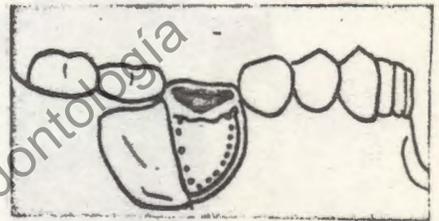


FIG. 4

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

POSTERIORES:

ANESTESIA:

Se utiliza regional troncular a nivel de la spina de spix para anestesiar el nervio dentario inferior y se refuerza con una inyección en el agujero mentoniano.

INCISION:(Neumann)

Cuando se trata de premolares al practicar la incisión debemos respetar los elementos anatomicos como son; nervio mentoniano, arteria mentoniana y los frenillos que se encuentran a ese nivel, para eso el colgajo lo debemos practicar como lo indica la fig.(1) cuando se trata de primeros premolares fig.(2) cuando se trate de segundos premolares.

El colgajo debe llenar todos los requisitos mencionados al principio. Utilizemos bisturi de hoja No.15 y abarcara las piezas necesarias, se debe practicar de una sola intención. Para molares el colgajo se practica con convexidad posterior fig.(3).

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

Se realiza con lagra o periostótomo iniciandose a nivel de la lengua interdentaria y se separa del periostio, el colgajo lo sostenemos con un separador.

OSTEOTOMIA:

Como en las demas técnicas de colgajo se puede practicar con fresa o con martillo automático fig.(4) siempre que se realice con fresa debemos irrigar el hueso con agua bidestilada o suero fisiológico para evitar su necrosis y seguimos los pasos indicados para las piezas anteriores, pero aqui recomiendo el uso de la fresa.

EXTRACCION:

Para la extracción de raices utilizamos elevadoras de forma conveniente segun el caso, ya que la supreción de la table externa con la osteotomía facilita los movimientos de luxación.

Retiradas las raices procedemos a hacer el toilette de la cavidad ósea

y eliminar esquiras óseas con una lima para hueso o con una fresa quirúrgica.

SUTURA:

Regresemos a su lugar el colgajo y practiquemos la sutura con dos o tres puntos aislados con seda, catgut atraumático 3 ceros o bien con nylon; los cuales retiraremos en 5 o 7 días.

POST-OPERATORIO:

El mismo de la técnica de piezas anteriores.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

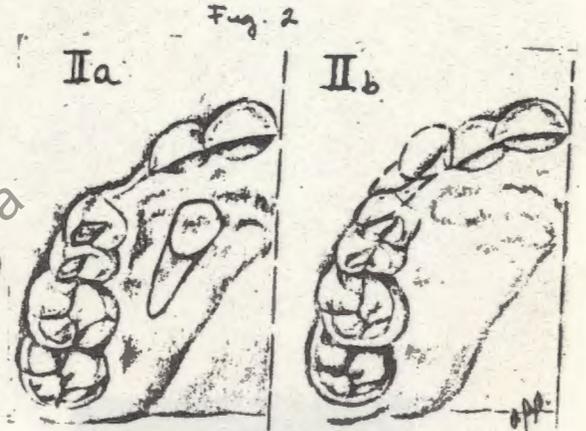
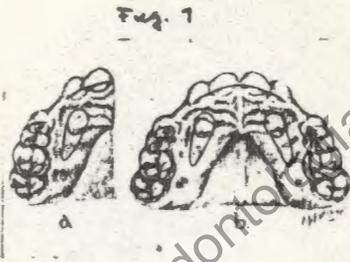


Fig. 3

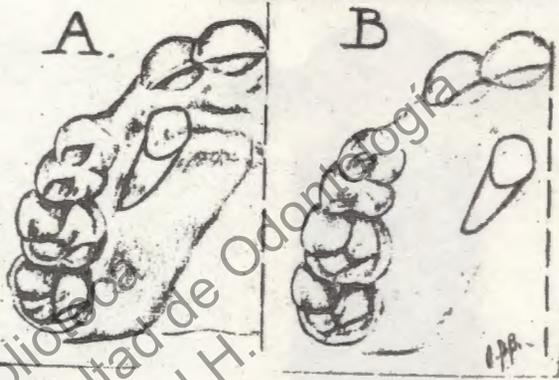
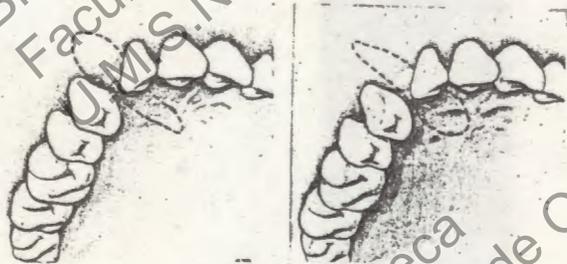


Fig. 4



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CAPITULO VII

CANINOS RETENIDOS. TECNICAS QUIRURGICAS POR VIA VESTIBULAR Y PALATINA.

Algunos dientes pueden ser llevados a su sitio por procedimientos ortodóncicos, tal tratamiento corresponde a aquellas disciplinas (Ortodoncia y ortodoncia quirúrgica) nosotros solo consideramos el tratamiento quirúrgico de los dientes retenidos.

La extracción de un diente retenido consiste esencialmente en un problema mecánico: es la búsqueda, por medios mecánicos e instrumental del diente retenido y su eliminación del interior del hueso donde ésta ubicado, aplicando los principios de la extracción a colgajo y del método de la extracción por secciónamiento. Tales métodos constituyen las técnicas quirúrgicas utilizadas en exodoncia.

Para la extracción de un diente retenido consiste esencialmente en un problema mecánico se ha concebido e ideado una variedad de técnicas, sería engorroso y poco fructífero explicarlas todas. Pienso que es de mayor interés dar mi punto de vista particular, pues no puedo hablar de una técnica de autor, sino que he sacado de los distintos autores y enseñanza de mi maestro de esta cátedra los diversos procedimientos, tomando los puntos que más interesen o que encontramos de más práctica o útil aplicación.

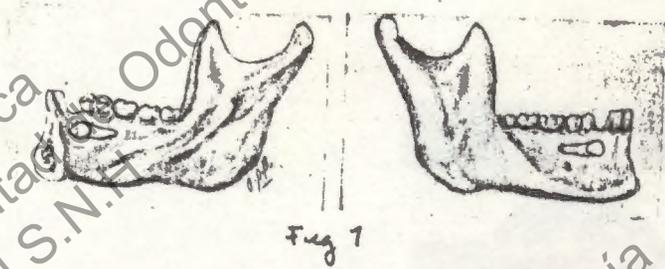
CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS:

La retención de los caninos superiores puede presentarse de dos maneras: de acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo (retención intradésea, cuando la pieza dentaria está por entero cubierta de hueso) y retención subgingival (cuando parte de la corona emerge del tejido óseo, pero ésta recubierta por fibromucosa).

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo:

- 1.-El Número de dientes retenidos.
- 2.-Con la posición que estos dientes presentan en el maxilar.
- 3.-Con la presencia o la ausencia de dientes en la arcada.

CLASIFICACION DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS.



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

- 1.-La retención puede ser simple (fig.1 a) o doble (fig.1 b).
- 2.-Caninos situados en el lado palatino (fig.2 a) o situados en el lado vestibular (fig.2 b).
- 3.-Canino en maxilares dentados o en maxilares sin dientes.

CLASE I.-Maxilar dentado, diente ubicado del lado palatino, retención unilateral: a) Cerca de la arcada dentaria (fig.3 a) b) Lejos de la arcada dentaria (fig.3 b).

CLASE II.-Maxilar dentado, dientes ubicados del lado palatino, retención bilateral (fig.1 b).

CLASE III.-Maxilar dentado, dientes ubicados del lado vestibular, retención unilateral (fig.2 b).

CLASE IV.-Maxilar dentado, dientes ubicados del lado vestibular, retención bilateral.

CLASE V.-Maxilar dentado, caninos vestibulopalatinos (con la corona o raíz hacia el lado vestibular) (fig.4 a y b) retenciones mixtas o transalveolares según Gietz.

CLASE VI.-Maxilar desdentado, dientes ubicados del lado palatino, retención unilateral y bilateral.

CLASE VII.-Maxilar desdentado, dientes ubicados del lado vestibular, retención unilateral y bilateral.

CLASIFICACION DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS:

CLASE I.-Maxilar dentado (esta consideración es a nivel del diente retenido) retención unilateral, dientes ubicados en el lado lingual, posición vertical y posición horizontal. (fig.1 y 2)

CLASE II.-Maxilar dentado, retención unilateral diente ubicado en el lado bucal, posición vertical y horizontal.

CLASE III.-Maxilar dentado, retención bilateral diente ubicado en el lado lingual, posición vertical y horizontal, diente ubicado en el lado bucal, posición vertical y horizontal.

CLASE IV.-Maxilar desdentado,retención unilateral,posición vertical y horizontal.

CLASE V.-Maxilar desdentado,retención bilateral,posición vertical y - horizontal.

TECNICA QUIRURGICA POR VIA VESTIBULAR. (POSICION VESTIBULAR).

La vía vestibular para la extracción de los caninos retenidos tiene espacio suficiente dado por diestemas o dientes ausentes y es más sencilla que la palatina.La iluminación es más fácil y el acceso del diente retenido es más directo.

ANESTESIA:

Infraorbitaria técnica intraoral del lado por operar,se puede poner un punto local por palatino.

INCISION:

Hacemos la asepsia de nuestro campo operatorio,se emplea la incisión en arco (Partsch fig.1) o la incisión hasta el borde libre (Neumann) (fig.2) debe estar lo suficientemente alejada del sitio de implantación del diente,como para que ésta no coincida con la brecha ósea al reponer el colgajo en su sitio y suturar sin ningún problema.La incisión en arco(Parsch)se hace con concavidad superior en forma de bisagra;en lo personal me inclino más por este tipo de incisión,pero puede variar según el caso.

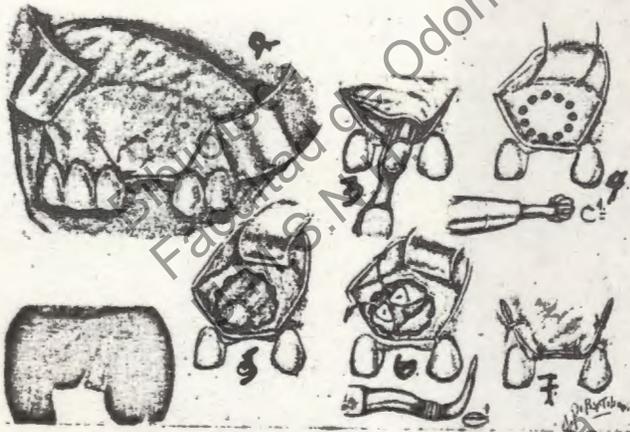
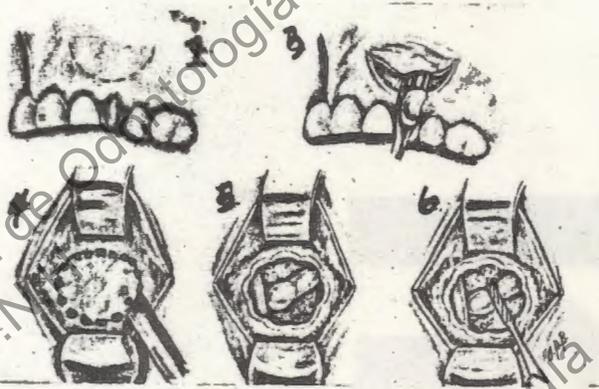
DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

Lo hacemos con legra o con el periostótomo este debe mantenerse levantado durante el curso de la operación con un seperador romo que no traumatice el colgajo,hay que evitar tironamientos que repercutan sobre la vitalidad del tejido gingival.(fig.3)

OSTEOTOMIA:

La eliminación de hueso la vamos a hacer con fresa quirúrgica,no vamos a encontrar mucha resistencia puesto que la lamina no es muy gruesa.La fresa que utilizamos es una fresa redonda No.5,una vez ubicada con precisión la corona del

TECNICA QUIRURGICA POR VIA VESTIBULAR.



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

diente retenido (por la radiografía y por el relieve óseo) se practican orificios circundando la corona del canino y el operador debe percibir la sensación particular de dureza del esmalte. Los orificios creados se unen entre sí con una fresa de fisura fina No.568, hay que tener en cuenta que en este paso quirúrgico debemos irrigar suero fisiológico o agua estéril, casi siempre el sirotor se prepara antes de la intervención y así evitaremos el calentamiento del hueso y su necrosis. (fig.4)

Es importante especificar la cantidad de hueso a eliminarse, deben quedar ampliamente descubiertas, en la osteotomía, toda la corona retenida y parte de la raíz, vamos a aclarar estos términos, la osteotomía debe descubrir toda la corona especialmente a nivel de la cóspide del diente retenido y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona, para que ésta se pueda eliminar de la cavidad ósea sin tropiezo y sin traumatismo según sea la inclinación del canino se exigirá mayor o menor sacrificio de hueso a nivel de su parte radicular. Por lo general es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz con el método de la odontosección, la cantidad de osteotomía está reducida.

Muchas veces al levantar el colgajo la corona del canino se ve a simple vista o sea que a veces solo se encuentra cubierta por fibromucosa y facilita más nuestra intervención.

EXTRACCION:

Los caninos vestibulares pueden ser extraídos enteros luxándolos previamente con elevadores o seccionando el diente.

Para extraerlos enteros se utiliza un forceps para dientes anteriores y que se adapte bien a la corona del canino, hacemos ligeros movimientos de rotación o rotación de mesial a distal y viceversa y al mismo tiempo un movimiento de tracción.

Luxándolo previamente con un elevador recto se insinúa entre el diente y la pared ósea, en los sitios más sólidos. Luxado el diente, se toma con un forceps y se extrae.

La odontosección se realiza con fresa de fisura. El diente retenido se corta a nivel del cuello, la corona se extrae con un elevador recto o angular.

La raíz es movilizada en dirección de su eje mayor con elevador, o sea practica un orificio en la raíz con una fresa redonda, en el cual se introduce un instrumento delgado que puede ser un elevador de bandera con el que se la desplaza. Puede ser necesaria una nueva sección de la porción radicular, cuando la raíz al ser dirigida hacia adelante tropieza con el diente vecino. Se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco pericoronario con una cucharilla para hueso y los restos óseos y dentarios con una pinza de disección. Se hace toilette de la cavidad ósea con agua bidestilada o suero fisiológico (fig. 5,6).

Se utiliza el succionador para eliminar restos de coagulo y liquido.

SUTURA:

Llevamos el colgajo a su lugar y procedemos a practicar tres puntos aislados con seda, nylon o catgut atraumático de 3 ceros (fig.7).

POST-OPERATORIO:

Compresas con agua de hielo, también se le recomienda al paciente evitar la ingestión de comidas irritantes y se prescriben analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

TECNICA POR VIA PALATINA.

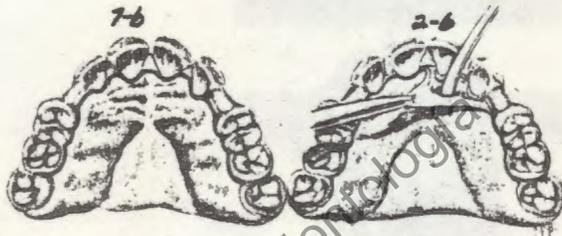
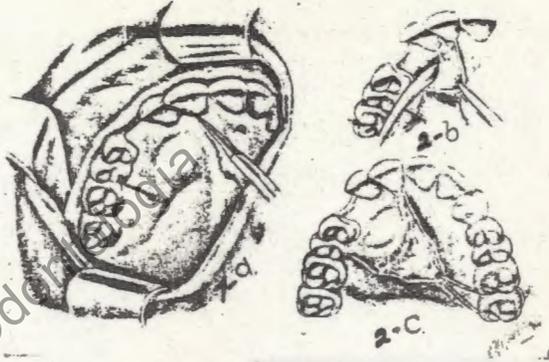
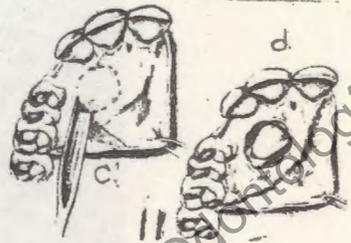


Fig-4a



Fig-4b



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

TECNICA POR VIA PALATINA:

ANESTESIA:

La extracción de caninos retenidos es una operación larga y molesta, la anestesia debe prever la longitud de la operación.

Retención unilateral: Anestesia infraorbitaria del lado a operar, anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina y el agujero palatino posterior del lado a operar.

Retención bilateral: Anestesia infraorbitaria en ambos lados, anestesia infiltrativa local en la bóveda palatina anterior y de ambos agujeros palatinos posteriores.

Los caninos retenidos también pueden ser operados bajo anestesia general y es muy comodo tanto para el paciente como para el cirujano, en este caso la colocación de la cabeza del paciente es en posición de nose.

INGISION:

Para extraer un canino retenido en la bóveda palatina, es necesario - desprender parte de la fibromucosa, dejando al descubierto la bóveda ósea, es - decir, preparar un colgajo que permita un amplio descubrimiento del lugar donde está retenido el diente a extraer.

Para conseguir tal colgajo se ha de practicar una incisión que debe dar una suficiente visión del campo operatorio y debe ser dispuesto de tal modo, que no sea traumatizado en el curso de la intervención. La extensión del colgajo debe estar dada por la posición del canino retenido, cúspide y ápice del canino son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisión.

La incisión consiste en el desprendimiento del telón palatino, realizan do previamente el desprendimiento de la fibromucosa palatina del cuello de los - dientes, para esto usamos un bisturí de hoja corta No. 15 el cual se insinúa entre los dientes y la encía, dirigido en sentido perpendicular a la bóveda llegando - hasta hueso. El desprendimiento se inicia en el límite ya perfilado (cara distal del segundo premolar, cara distal del primer molar) y se extiende en sentido anterior hacia los incisivos centrales, laterales y molar del lado opuesto, según - sea el sitio donde se encuentre el o los caninos retenidos. (fig. 1 a, 1 b)

TECNICA POR VIA PALATINA.

Fig. 5



Fig-6



Fig-7



Al llegar al sitio donde falta el diente en la arcada el bisturí con-
torna parte de la cara mesial del primer premolar: la incisión sigue la cresta
de la arcada y se continúa hasta el lugar elegido (fig. 2a) la pequeña lengüeta
que resulta de esta incisión será utilizada con provecho al practicar la sutura,
si existe el canino temporal, la incisión lo rodea por su cara palatina. En caso
que el canino canino está situado más posteriormente no es necesario que la in-
cisión pase la línea media, respetando por lo tanto al desprenderse el colgajo
los elementos que se relacionan con el agujero palatino anterior, al seccionar
de los cuales por otra parte no trae mayores inconvenientes.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

Se realiza con lagra o pericóstomo. Este instrumento se insinúa entre
la arcada dentaria y la encía o entre los labios de la incisión palatina y por
pequeños movimientos sin herir ni desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa
hasta dejar al descubierto el hueso del paladar. (fig. 2b, 2c)

Es conveniente después de desprender un trozo de fibromucosa, tomar -
ésta con una pinza de disección. Este colgajo debe ser mantenido inmóvil durante
el curso de la operación, se pasa un hilo de sutura por un punto de la fibromuco-
sa, de preferencia a nivel de la lengüeta gingival del espacio del canino. El hilo
se anuda a un molar del lado opuesto (fig. 2c) o se toman sus cabos con una pinza
de Kocher y se fijan a la compresa que cubre al paciente. También podemos soste-
ner el colgajo con separadores.

OSTEOTOMIA:

La osteotomía la podemos realizar con martillo automático y con una fre-
sa quirúrgica.

Al realizar la osteotomía deben quedar ampliamente descubiertas toda
la corona retenida y parte de la raíz. La corona se debe descubrir especialmente
a nivel de la cúspide para que ésta se pueda eliminar de la cavidad ósea sin tro-
pezar y sin traumatismos: por lo general es suficiente descubrir el tercio cervi-
cal de la raíz.

La fresa es el instrumento de mi preferencia. Elimina el hueso limpio -
y rápidamente sin molestar al paciente ni al operador. Las fresas que utilizamos son

redondas No. 4 ó 5 una vez ubicada con precisión la corona del diente retenido- (por la radiografía) se practican orificios circundando la corona y el primer -tercio radicular; la fresa debe llegar a tocar la corona del canino y el operador percivira la sensación particular de dureza del esmalte. Los diversos orifi- cios de la fresa se unen entre si, seccionando el hueso que los separa, con una- fresa de fisura fina No. 568 ó con un martillo automático con pequeños golpes.- Esta tapa ósea se levanta con el mismo martillo o con una pequeña legra (fig.4a y b) cuando la corona del canino está muy superficial y el hueso que la cubre - es papiráceo, puede ser eliminado en total con una fresa redonda grande No.8 ó 9 según la preferencia del operador.

Cuando utilizamos el martillo automático se gradúa este hasta un pun- to medio. Pueden usarse las puntas en bayoneta, con cortes a bisel o en lanza. Pocos golpes bastan para seccionar el hueso de cubierta. El martillo exige que el que lo maneja tenga la suficiente experiencia para conocer sus efectos y sa- ber dirigirlo con precisión. A los que se inician en su practica debe recomen- darse prudencia y que adquieran habilidad en su uso, tallando, en secciones de aprendizaje, madera, yeso, dientes naturales extraidos o hueso seco.

EXTRACCION:

Esta parte de la operación exige criterio, habilidad y fineza, para-- no traumatizar ó luxar los dientes vecinos o fracturar las paredes alveolares.

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro inextensible (el - diente) de un elemento duro que debe considerarse inextensible (el hueso). Es- ta maniobra sólo puede realizarse con palancas, que, apoyadas en el hueso veci- no más sólido y más protegido (el hueso del lado interno) elevan al diente -- siguiendo la brecha ósea creada. Esta maniobra exigiria extraordinario esfuerzo amén de compresiones que la palanca tendria que ejercer sobre las porciones - óseas cercanas. Esto quiere decir que hay que facilitar, por algun medio, la- eliminación de este cuerpo enextensible dentro del otro cuerpo que debe ser - considerado inextensible. Este medio se resuelve por dos procedimientos: Que- se aumenta ampleamente la ventana ósea por donde debe eliminarse el diente o- se disminuye el volumen del diente a extraer. El primer procedimiento exige - el sacrificio estéril del tejido óseo vecino, por que para extraer sin trauma

tismo un canino retenido, será necesario extirpar una cantidad considerable de hueso. El segundo procedimiento es sencillo y rápido. Es la aplicación del clásico método de la odontosección se corta el diente en el número de trazos que sea necesario, y se extraen sus partes por separado y a expensas de los espacios creados por las partes desalojadas se completa la extracción de los trozos que quedan.

Existen algunos casos, en el que el diente está dirigido en un sentido próximo al vertical, en los cuales la sección no es aplicable. En tal posición, se crea un espacio con fresa, alrededor de la corona del canino, y siempre que la cúspide no se encuentre enlastrada, puede ser extraído con elevador recto, introducido entre la cara del retenido que mire a la línea media y la pared deesa contigua. Con movimientos de rotación se introduce el instrumento con lo cual se consigue imprimir el diente cierto grado de luxación. La extracción en tales casos, se termina tomando el diente a nivel de su cuello (en los casos accesibles) con una pinza de premolares superiores y ejerciendo suaves movimientos de rotación y tracción en dirección del eje del diente. Dificultades a estos movimientos, significan dilaceración radicular. Hay que ser, en estas circunstancias, muy parajos en el esfuerzo empleado, por los peligros de efectura de un ápice dilacerado, cuya eliminación es difícilísima.

La odontosección puede realizarse con dos instrumentos: con fresa y con martillo automático.

Con fresa quirúrgica la maniobra de la sección del diente retenido es sencilla. Exige, como condición necesaria, una perfecta visión del diente y su fácil acceso; la osteotomía previa lo habra logrado. El diente debe ser cortado a nivel de su cuello, con fresa de fisura No. 702 ó 560 dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente. Si la región cervical no es accesible, habra que cortar el diente a nivel de su corona. Para seto será necesario desgastar previamente el esmalte con una piedra para permitir la introducción de la fresa. (Fig. 5).

Seccionado el diente, se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumental un movimiento rotatorio, con el cual se logrará separar definitivamente raíz y corona, si aún quedarán unidas

por algun trozo denterio, y dar a la corona un sierto grado de movilidad. Luego, aplicando el elevador a nivel de la cúspide del canino, se dirige la corona en dirección del ápice, aprovechando el espacio creado por la fresa de fisura. Con esto se logra desconectar la cúspide del canino retenido de su alojamiento óseo y de su contacto con los dientes vecinos.

El martillo automático cumple su cometido sin mayores molestias. El diente debe ser cortado a nivel de su cuello, el cual puede ser previamente devilitado realizando una muesca con una fresa o disco.

El martillo tiene que ser dirigido perpendicularmente al eje mayor del diente. Dos, o a lo sumo tres golpes, son suficientes para seccionar el canino. La extracción se logra introduciendo un elevador angular.

Eliminada la corona, hay un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina. Es más sencilla y exitosa esta maniobra, que tratar la luxación de la raíz a expensas de la elasticidad de la porción ósea del paladar que la cubre. Esta elasticidad se puede considerar de valor cero.

Cuando la osioestructura es escasa, puede luxarse la raíz introduciendo el mismo elevador angular que se usó para la corona, entre la pared radicular que mira a la línea media y el hueso adyacente y dirigiendo la raíz hacia abajo y hacia la línea media.

En otras condiciones es útil practicar, con una fresa redonda, un orificio en la bóveda ósea que llegue hasta la raíz. Introduciendo por esta perforación un elevador fino o un instrumento sólido se dirige la raíz hacia el espacio vacío. También puede practicarse con una fresa redonda, un orificio de la raíz, en el cual se introduce el elevador llevando la raíz hacia adelante. (Fig. 6) si después de recorrer un trecho se note una nueva sensación de resistencia, deberá inculparse a la dilaceración radicular (que debió ser prevista por el examen radiográfico) una nueva sección de la raíz, o fresa, permitirá vencer el acomodamiento y eliminar la porción radicular.

Extraído el canino ó los caninos, debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el seco pericoronario del diente retenido (s). éste se extirpa con una cucharilla para hueso. La omisión de esta medida puede traer trastornos infecciosos y tumorales.

Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser aislados con una fresa redonda o limas para hueso. Se procede hacer el toilette de la cavidad con agua bidestilada o suero fisiológico, es importante utilizar el succionador de saliva.

SUTURA:

El colgajo se vuelve a su sitio, readaptándolo perfectamente, de manera que las lengüetas interdenterias ocupen su normal ubicación. En los caninos-unilaterales, generalmente un punto de sutura es suficiente; se coloca a nivel del espacio. Es necesario desprender, en una pequeña extensión, la fibromucosa-vestibular para pasar con comodidad la aguja. Si persiste el canino temporal al sutura del colgajo se pasa por el espacio interdentario más ancho. El extremo inferior del hilo se vuelve, atraviesa el punto de contacto para llegar al triángulo subgingival y se anuda con el extremo externo del hilo. (Fig.7).

En caninos bilaterales tambien se pueden dar puntos de sosten y se coloca una gasa en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa durante varias horas.

POST-OPERATORIO:

Se recomienda cambiar las gasas ligeramente empapadas en agua de hielo para evitar inflamación. La dieta debe ser completamente liquida durante 3 días.

Se prescriben analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios tambien el paciente debe procurar hablar lo menos posible después de la intervención;

CANINOS RETENIDOS INFERIORES:

TECNICA VESTIBULAR:

Como no es muy frecuente encontrar este tipo de dientes incluidos describire a grandes rasgos la técnica para su abulción.

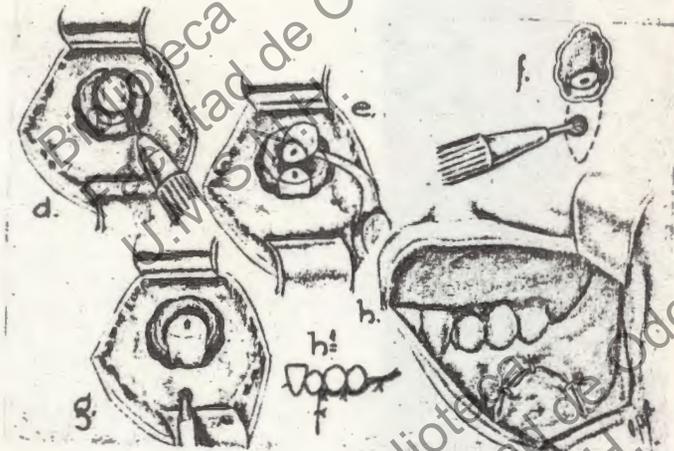
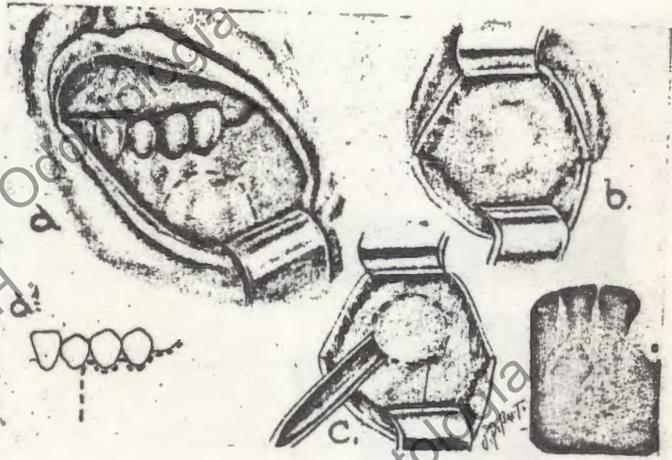
ANESTESIA:

Regional, troncular a nivel de la espina de apix para anestesiar el nervio dentario inferior y otro punto a nivel del agujero mentoneano.

INCISION:

La incisión la practicamos por vestibular, podemos realizarla de dos-

TECNICA QUIRURGICA EN CANINOS INFERIORES VIA VESTIBULAR.



formas: La incisión en arco, sin llegar al borde gingival porvee un colgajo suficiente (partach) (Fig.1a) pueden hacerse, para este tipo de incisión las objeciones necesarias segun el caso por tratar para no traumatizar el estrecho gingival.

Puede prepararse un colgajo, a expensas del borde libre de la encía, trazando una incisión vertical y desprendiendo la encía de los cuellos dentarios (Fig.1á) (Neumann) de esta manera se corre menos riesgo de ser traumatizadas, - durante la maniobra quirúrgica, las franjas gingivales entre el borde libre y - la incisión. Correctamente adaptado el colgajo, no deja huellas.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

De acuerdo con el tipo de incisión, con una legra fina, con el periogatómetro, o con la espátula de Fraer se desprende el colgajo mucopirídístico, que se sostiene con un separador.

OSTEOTOMIA:

Se realiza un escopolo automático o con fresa quirúrgica, se hará tan emplea como sea necesaria y procurando que la corona del canino quede bien descubierta y si es posible un poco más del cuello para facilitar su seccionamiento si es necesario.

EXTRACCION:

Para facilitar el problema quirúrgico, la odontosección se impone. La escasa elasticidad del hueso maxilar inferior, en su porción basilar, exige la disminución del volumen del diente retenido. La sección del diente puede realizarse con fresa, con martillo automático. Las porciones seccionadas se extraerán por separado, con elevadores rectos o angulares, segun la posición y la facilidad del acceso.

Realizada la extracción con una cucharilla para hueso eliminamos el - saco pericoronario y lavamos la cavidad ósea con suero fisiológico, a la vez -- tambien eliminamos esquirlas óseas.

SUTURA:

Colocamos el colgajo en su lugar y procedemos a practicar la sutura -

con seda, catgut o naylon. Damos 2 ó 3 puntos aislados los cuales tiraremos a -
los 5 ó 6 días.

POST-OPERATORIO:

Compresas de agua de hislo en la región operada dieta semiliquida, se
prescriben analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY

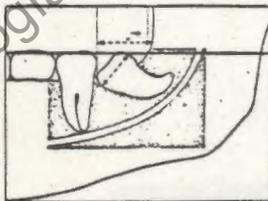
LÁMINA I

CLASE I

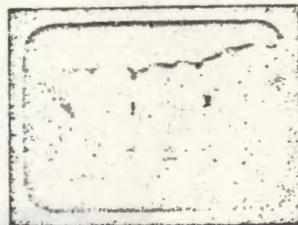
POSICIÓN A



a) Modelo de una inclusión de este tipo.

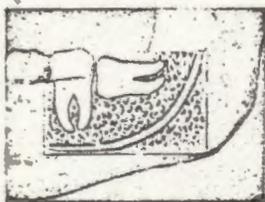


b) Esquema de a).

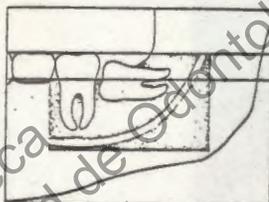


c) Radiografía de un molar en esta posición.

POSICIÓN B



a) Modelo.

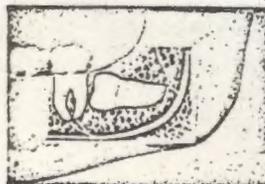


b) Esquema.

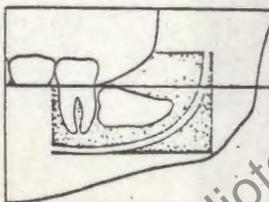


c) Radiografía.

POSICIÓN C



a) Modelo.



b) Esquema.



c) Radiografía.

CAPITULO VIII

FORMAS QUE SE PUEDEN FRACTURAR LOS DIENTES PARA SU EXTRACCION:

El método de seccionamiento dentario es viejo, como su nombre lo indica, en dividir previamente al diente antes de extraerlo. Esta división puede aplicarse a los dientes retenidos. La sección puede ubicarse a nivel del cuello del diente, separando la corona de la porción radicular o bien dividir el organo dentario en dos o más fragmentos de acuerdo con el número de raíces que posea.

Después del estudio clínico y radiográfico que hemos realizado nos decidimos por la técnica quirúrgica y fractura del diente.

Empleamos un escopolo de boble bisel, bien afilado, montado en el impactor, por considerar indicado a este instrumento para realizar este paso operatorio. La fractura se consigue con el solo empleo del escopolo, que he mencionado y facilitando la acción de éste, por la realización de un surco en la parte del diente que convenga, por medio de la fresa o disco de diamante.

DIENTE UNIRRADICULAR: (Fig.1)

- a).- Muestra un diente unirradicular en estas condiciones.
- b).- Se ilustra la línea de fractura para separar una parte de la corona, generalmente la distal. Esta se consigue aplicando directamente el impactor (cincel) en el surco interodópico, si es posible en el centro de la corona o si no sobre el reborde bucal de la misma o si ninguna de estas dos maniobras puede realizarse, se aplicará sobre el surco bucal. Bastará en la mayoría de los casos dar un solo golpe de impactor empleando el resorte fuerte, para lograr la fractura. Conseguida ésta, se aplicará en el espacio obtenido, un instrumento adecuado que movilizará y a veces eliminará el trozo desprendido.
- c).- Se ilustran dos líneas de fractura. La anteriormente descrita (1) y una nueva (2) que tiene por objeto separar la mayor parte de la corona remanente, cuando ello este indicado. Para esta segunda fractura, conviene primero emplear el disco de diamante que cortará al esmalte y facilitará la acción del impactor que actuará directamente sobre la dentina.
- d).- Se muestra la fractura realizada a la altura del cuello del diente, lo que

se obtiene como en el caso anterior; haciendo primero un surco, con fresa o con disco de diamante y aplicando luego el impactor. Como veremos, estos dos último tipos de fractura están indicados preferentemente en las inclusiones de tipo -- horizontal.

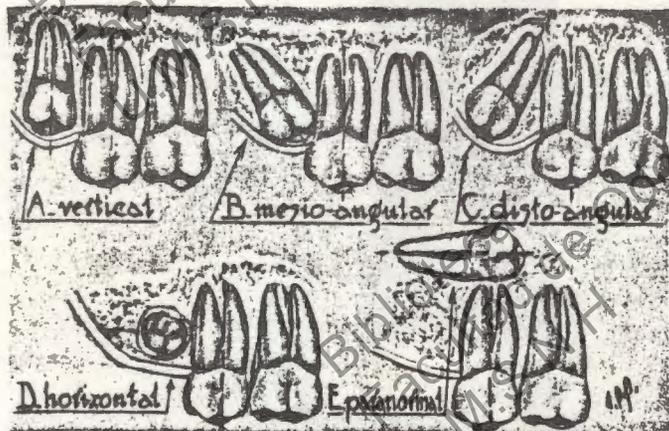
DIENTES MULTIRADICULARES: (Fig.2)

- a).- Se muestra un diente con dos raíces al que hemos resuelto fracturar..
- b).- Se marca la línea de fractura para separar solamente una parte de la corona. El procedimiento a seguir es igual al descrito para el diente unirradicular.
- c).- La línea de fractura pasa por el centro mismo de la corona y divide no -- solamente a ésta, sino también que separa las raíces. Esto se obtiene con el -- mismo impactor, variando tan solo la dirección del golpe.
- a).- Molar con dos raíces divergentes (Fig. 3)
- b).- Pueden realizarse las ilustradas, es decir, a la altura del cuello del diente.
- c).- Doble fractura (1,2).
- d).- Una vez retirados los dos trozos en que ha sido cortada la corona, se dividen las raíces en el espacio interradicular con un nuevo golpe del impactor o -- empleando la fresa de forma y tamaño adecuado.

Conseguida esta división se introduce, a manera de cuña un instrumento adecuado en el espacio obtenido, con lo cual se consigue la luxación de la parte distal del diente.

- a).- Germen dentario (Fig.4).
- b).- Cuando se trata de extraer un germen dentario, conviene intentar la fractura de la corona, lo que no siempre es fácil, precisamente por no encontrarse -- firmemente sostenido por el hueso. Si ello se logra, la intervención se facilitará extraordinariamente. Puede observarse la línea de fractura que conviene -- seguir.

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.



CAPITULO IX

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una porción mucho menor que los inferiores. Su retención causa accidentes comparables a los originados por otros dientes. Los terceros molares superiores pueden presentarse la retención intraoral y subgingival. (I,II,III.)

GLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES:

Como el tercer molar inferior, el superior es susceptible de una clasificación con fines quirúrgicos. Las variaciones en la posición del molar son menores en el maxilar superior que en el inferior.

La retención del molar puede ser como dijimos anteriormente intraoral o submucosa. En este último término, pueden estar total o parcialmente retenidos. Las distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar en el maxilar superior son las siguientes:

- a).- Posición Vertical.- El eje mayor del diente se encuentra paralelo, al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial ó totalmente cubierto por hueso
- b).- Posición Mesioángular.- El eje del diente retenido está dirigido hacia --- adelante. En esta posición, la raíz del molar está vesina a la apofisis pterigoides. Esta 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.
- c).- Posición Distoángular.- El eje del diente está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante mira hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.
- d).- Posición Horizontal.- El molar está dirigido hacia el carrillo con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto, dandonos algunos accidentes en la mucosa del carrillo. La cara trutirante del molar suele tambien dirigirse hacia la bóveda palatina. El molar puede erupcionar en la bóveda.
- e).- Posición Paranormal.- Puede ocupar diversas posiciones por encima de las - raíces del segundo molar, unida la pieza junta con la segunda molar y otras que

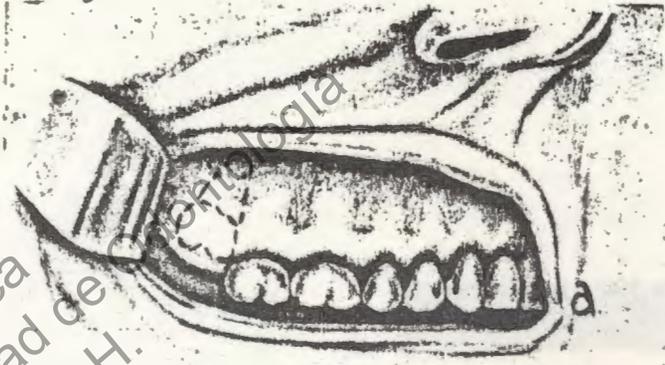
no se encuadran en la clasificación dada.

En el estudio de la radiografía del tercer molar puede ser considerada una serie de puntos de interés. Se debe estudiar el estado, cantidad y disposición del hueso que cubre la cara triturante. La existencia y ausencia de seno pericoronario. En ciertos pacientes está muy vecino el seno y en algunos casos sus raíces llegan a ser hernia en el piso sinusal. La extracción puede ocasionar, en tales circunstancias, una comunicación patológica con el seno maxilar o el molar puede ser proyectado a esta cavidad. En otras ocasiones el molar puede estar en íntimo contacto con la anófisis pterigoides existe el peligro de fracturar en los esfuerzos operatorios. La tuberosidad del maxilar es susceptible de correr igual suerte y ser arrancada en el curso de una extracción.

ANESTESIA.

Los nervios dentarios posteriores a la altura de la tuberosidad del maxilar la completamos con la inyección del nervio palatino posterior correspondiente, a su salida del agujero palatino posterior. También pondremos un punto en vestibular a nivel del apix del tercer molar.

TECNICA DE EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.



Biblioteca
Facultad de
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

INCISION :

La incisión comenzará a un centímetro más o menos por detrás de la cara distal del segundo molar y junto a la pared interno del reborde alveolar; -- desde allí se dirigire hacia adelante hasta encontrar la cara distal del segundo molar, contorneara e está para dirigirse hacia arriba y terminar un poco por en cima del ápice de la raíz distobucal de este último diente. (Fig.A)

La incisión debe ser profunda llegando hasta el periostio, conviene -- realizarla con un bisturí de hoja corta No. 15 y no muy puntiaguda. También haremos el colgajo tan amplio como sea necesario teniendo en cuenta que el compo-
operatorio en esta región es muy estrecho y es difícil de manejar algunos ins-
trumentos.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.-

Con una legra o con el pericórtomo se desprende el colgajo, el que e se levanta hacia arriba y hacia atrás. Como la falta de espacio no permite in-
troducir muchos instrumentos, el mismo cirujano debe mantener el colgajo por me-
dio de una torunda de gase sostenida por unas pinzas, las que al mismo tiempo --
mantendrán separado el carrillo. (Fig.b)

Levantado el colgajo, puede aparecer el hueso liso y sano o con algu-
na perforación producida por un trayecto fistuloso o el desarrollo de un quiste
o una parte de la corona a la vista.

OSTEOTOMIA.-

El hueso que cubre la cara triturante se elimina con impactor (golpes-
suaves) o con fresa, siguiendo las indicaciones dadas para cada uno. En ciertos
casos el hueso a nivel de la cara triturante es tan frágil, que puede ser elimi-
nado con una cucharilla para hueso o bien con el mismo elevator.

Debemos eliminar tanto hueso sea necesario con el fin de que quede al
descubierto la corona de la pieza y en tercio de la raíz o raíces de la molar --
por extraer. (Fig.c)

EXTRACCION.-

La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevad-
dor para extraer el molar feterido. Si es accesible, no se requiere maniobra --

previa. Si no lo es, se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial, que impide la entrada del instrumento. La osteotomía a este nivel se realiza con una fresa redonda o con escopolo automático.

Cualquiera de los elevadores rectos que ya hemos estudiado podemos utilizar. Yo uso preferentemente los elevadores No. 1, 2 ó 14 (AOL) de Winter ó elevadores rectos de clew-dent. También se puede utilizar el forceps de tercera molares superiores.

La introducción del instrumento se realiza merced a un débil movimiento rotatorio que se imprime al elevador. Actúa en su primer tiempo como uña. En esta primera parte de su movimiento pasa a su punto de aplicación y así consigue luxar el molar. En general el punto de apoyo útil es la cara distal del segundo molar, o el tabique óseo en caso de existir este último. Aplicado el elevador, separado el labio y carrillo en un espejo, se inicia suavemente el movimiento de luxación del molar. (recordar el movimiento que hay que imprimir al maxilar inferior, para alejar la apófisis coronoides del sitio de la intervención).

Para abandonar su alveolo, el molar debe movilizarse en sentido de la resultante de tres direcciones de fuerza; debe ser dirigido hacia abajo y hacia afuera y atrás. Por lo tanto debe desplazarse el mango del elevador hacia, adentro y adelante. (Fig. d)

Luxado el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, puede ser tomado con un forceps y eliminándolo con la misma técnica, que la señalada para la extracción de terceros molares superiores normales.

Toda esta técnica puede variar según la posición del molar retenido y ya sea por factores anatómicos y patológicos. Y se puede modificar la técnica durante el curso de la operación.

Extraído el molar, revisamos los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior, retirado el saco pericoronario con una pinza gubia y hecho el toilette de la cavidad pasamos al siguiente paso quirúrgico. (Fig. d)

SUTURA.-

Regresamos el colgajo a su sitio y se practica uno o dos puntos de sutura con seda o con catgut atraumatido de tres ceros los cuales se retiran en

un termino de 5 a 7 días. Resulta un poco difícil suturar en esta región por lo reducido del campo operatorio.

POST-OPERATORIO.-

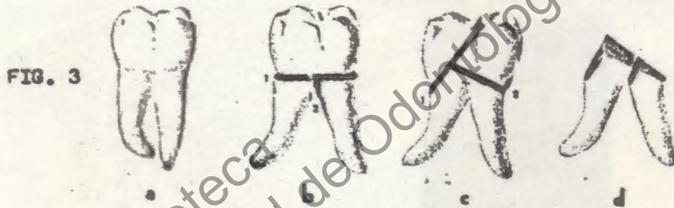
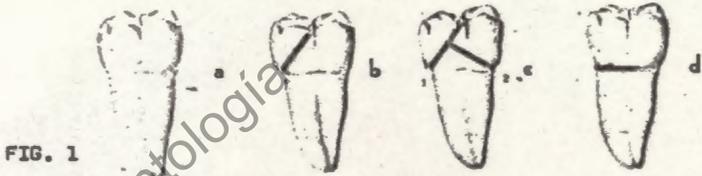
El post-operatorio generalmente es muy bueno, se aplican compresas con hielo en el lugar de la intervención, se prescriben analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

FORMA QUE SE PUEDEN FRACTURAR LOS DIENTES PARA SU EXTRACCION.

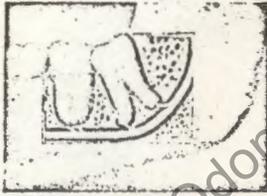


Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

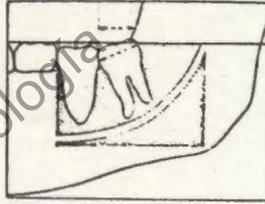
LÁMINA II

CLASE 2

POSICIÓN A



a) Modelo de una inclusión de este tipo.

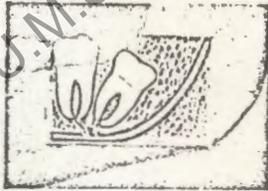


b) Esquema de a.

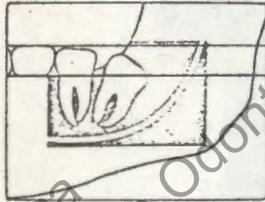


c) Radiografía de un molar en esta posición.

POSICIÓN B



a) Modelo.

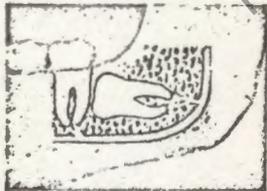


b) Esquema.

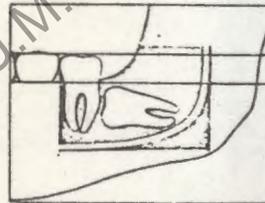


c) Radiografía.

POSICIÓN C



a) Modelo.



b) Esquema.

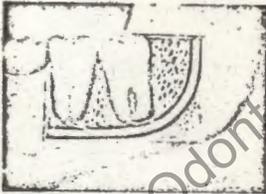


c) Radiografía.

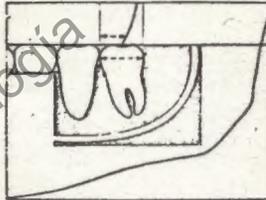
LÁMINA III

CLASE 3

POSICIÓN A



a) Modelo de una inclusión de este tipo.

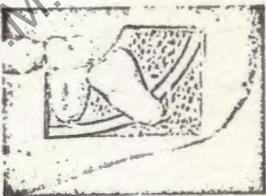


b) Esquema.

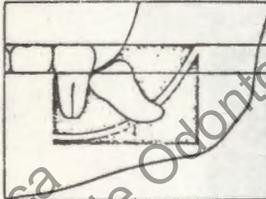


c) Radiografía de un molar en esta posición.

POSICIÓN B



a) Modelo.



b) Esquema.

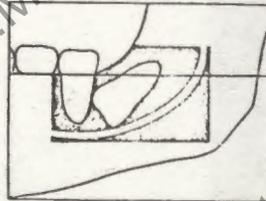


c) Radiografía.

POSICIÓN C



a) Modelo



b) Esquema.



c) Radiografía.

CAPITULO X

CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY.

Consideremos de interes estudiar la relación de la tercera gruesa molar con la rama ascendente del maxilar, es decir el espacio comprendido entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama y el tamaño mesio-distal de la corona. Pueden presentarse tres variedades, cualquiera que sea la posición del diente con relación al eje mayor del segundo molar.

CLASE I (LAMINA I)

A esta categoría corresponden todas aquellas inclusiones en las cuales el espacio que existe entre la cara distal del segundo molar y el borde de la rama ascendente, es mayor que el tamaño de la corona del tercer molar. En estos casos el diente ha tenido suficiente lugar para hacer su correcta erupción y se trata más bien de una mala posición.

CLASE II (LAMINA II)

Es aquella en que la distancia entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente es un poco menor que la medida mesio-distal de la corona del molar incluido. Se trata de inclusiones muy frecuentes y debe pensarse que ellas son debidas a falta de desarrollo del maxilar lo que impide la ubicación de la pieza.

CLASE III (LAMINA III)

Es aquella en que el espacio resulta mucho menor que en el caso anterior y la mayor parte del molar está en la rama ascendente. Es fácil comprender que cuanto mayor sea la desproporción del molar con el espacio existente, mayores serán las dificultades operaciones.

Hemos estudiado anteriormente la relación del molar con la rama ascendente con el eje mayor del segundo molar, es necesario considerar ahora la profundidad a que puede encontrarse aquel en el hueso. Como es lógico, a mayor profundidad las dificultades aumentan no solo para el trabajo a realizarse para 11

berar al diente del hueso que lo rodea, sino por los cuidados que hay que tener para evitar lesiones de los elementos vecinos y se establecen tres posiciones a saber:

POSICION A. (LAMINA I, II, III)

El diente está en posición cuando la cara triturante se encuentra a la misma altura o por encima del plano oclusal. Esta posición es la más favorable pues por lo general el hueso cubre parcialmente a la corona, la que se presenta libre de él por la parte mesiobucal y el tejido óseo distal está afectado por un proceso patológico que trae como consecuencia una osteitis rarefaciente que favorece la maniobra operatoria. Como relación a los elementos vecinos debe decirse que es el caso también más favorable ya que el paquete vasculonervioso dentario se encuentra alejado del diente.

POSICION B. (LAMINA I, II, III)

Corresponde a todos aquellos casos en que la cara triturante del diente está por debajo del plano de oclusión, pero por encima de la línea cervical del segundo molar, cuanto mayor sea la profundidad del diente en el maxilar, mayores serán las dificultades, en la misma forma que al estudiar la relación del diente con la rama encontramos más inconvenientes a medida que el molar se hallaba en mayor intimidad con ella. Podemos establecer que dentro esta posición serán más favorables los tipos de inclinación de la clase I siendo más difíciles los correspondientes a la clase III. En este caso la corona del diente se encuentre parcialmente cubierta por hueso, no tan favorable como en la posición A; algunas veces inaccesible en su parte mesiobucal y es necesario crear espacio distal sea a expensas del maxilar o del diente según la técnica empleada siempre que aquél no fuera producido por un proceso patológico que se hubiese desarrollado en esa parte.

POSICION C. (LAMINA I, II, III)

Está representada por todos aquellos casos en que la cara triturante del diente se encuentra por debajo de la línea cervical del segundo molar. Dentro de esta posición, como se ha dicho en los casos de las posiciones A y B cuanto mayor relación tenga el molar con la rama mayores serán las dificultades operatorias.

TECNICA DE EXTRACCION DE TERCERAS MOLARES INFERIORES (POSICION VERTICAL).

La extracción del tercer molar inferior retenido constituye la mayoría de las veces una tarea sumamente difícil, engorrosa y complicada. La extracción es esencialmente mecánica, como es la extracción de todo diente retenido; pero a nivel del tercer molar inferior se confabula una serie de factores para hacer de esta operación una de las más complicadas de la cirugía bucal. Estos factores se refieren al sitio de ubicación del molar, de difícil acceso y mala iluminación y visión, la dureza y poca elasticidad del hueso, la saliva y la sangre que oscurecen el campo operatorio.

El molar en posición vertical puede estar colocada en distintas formas con respecto a la curvatura de la arcada normal (sin desviación) desviación bucal, desviación lingual o en desviación buco-lingual. De acuerdo con el punto de apoyo en la cara mesial y distal puede ser accesible o inaccesible. Sólo mencionare el tipo vertical sin desviación, cara mesial inaccesible. La variación en la técnica reside en la mayor o menor osteotomía mesial y bucal, en el punto de aplicación del elevador y la dirección en que debe moverse el molar retenido - que estará de acuerdo a la forma de desviación.

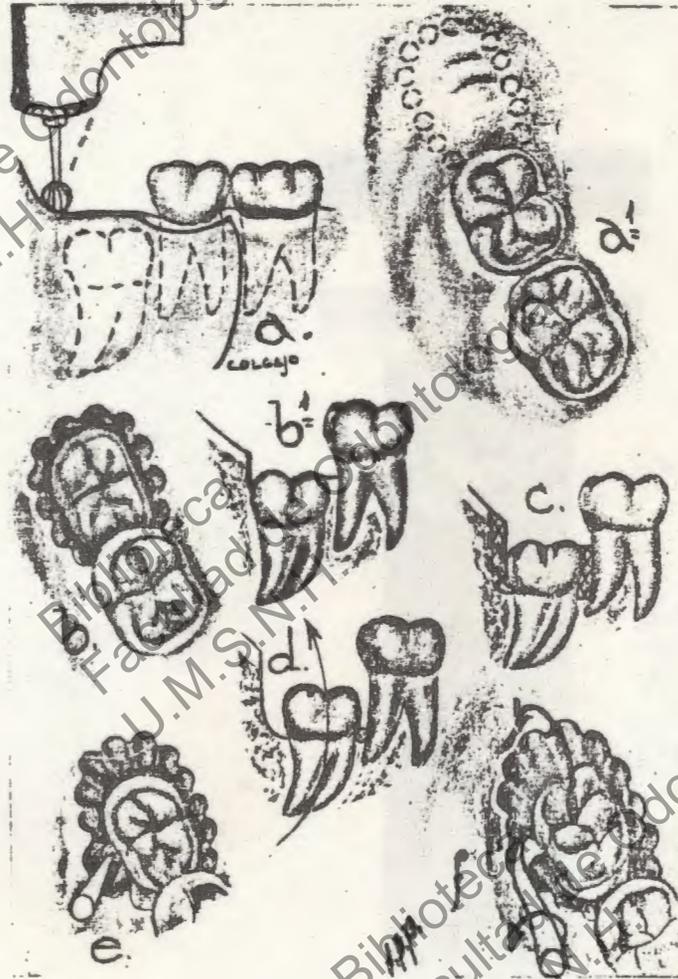
ANESTESIA:

Regional troncular del nervio dentario inferior, también nervio lingual nervio bucal, nervio buccinador. Para este último hay que colocar un punto a nivel de la rama ascendente externa.

INCISION:

Este tipo de retención es muy útil hacer la incisión un centímetro por detrás de la cara distal del segundo molar, llega hasta esta cara y se prolonga hacia adelante contorneando el cuello de los dientes hasta el primer molar, permite un amplio colgajo que da un amplio acceso y visibilidad, por otra parte ni traumatiza y descansa sobre hueso sano. (Fig. a)

TECNICA DE EXTRACCION DE TERCERAS MOLARES INFERIORES (POSICION VERTICAL).



OSTEOTOMIA:

El objeto de la intervención es eliminar suficiente cantidad de hueso como para poder vencer las resistencias mecánicas del molar implantado en el hueso. En el caso que presente de retención vertical el molar puede presentarse con su cara triturante totalmente cubierta por hueso. La eliminación de este hueso y la preparación de una vía de acceso a la cara mesial, para aplicar el elevador, puede ser realizada con fresa redonda No. 6 a 8.

Se realizan sobre la tapa ósea e eliminarse una serie de perforaciones que lleguen profundamente hasta el molar retenido (fig.2a) se unen los orificios creados por la fresa con ligeros golpes de martillo automático o con una fresa de figura fina No.557, yo recomiendo más la fresa. También debemos utilizar el succionador de saliva y sangre para evitar problemas al paciente y nosotros tener mayor visibilidad en el campo operatorio. Se elimina la tapa ósea, la eliminación del tejido óseo debe ser tanta como la necesaria para permitir el paso del diámetro mayor del molar. (a y a' b)

Con una fresa de figura No.560 se realice la osteotomía en el lado distal del tercer molar, llegando hasta la altura del cuello del diente. El objeto de la resección distal es permitir a este nivel el suficiente espacio como para poder desplazar hacia distal el órgano dentario. (fig.c)

El objeto de la resección mesial es obtener un espacio suficiente para colocar la hoja de un elevador. Se realiza con una fresa redonda No.5 hay que tratar de realizar esta osteotomía mesial a expensas del hueso vecino al molar a extraerse, dejando intacto en lo posible, el hueso que cubre el segundo molar por el lado distal y bucal.

EXTRACCION:

Aconsejo el empleo de los elevadores de winter 1,2 y 3 o elevadores de hoja fina. El instrumento penetra con una angulación de 45 grados respecto al eje del molar, el elevador se abre camino en la vía ósea creada por la osteotomía mesial y va al encuentro de la cara mesial del tercer molar. Una vez llegado a está y con apoyo en el borde óseo y en la cara distal del segundo molar (siempre y cuando que sus condiciones lo permitan) se trata de luxar el diente hacia distal con pequeños movimientos de torsión del instru-

mento hacia mesial y hacia distal (fig.d) esta luxación hacia distal está condicionada por la forma radicular. Luxado el molar, se elimina del alveolo con un elevador No.10 de aplicación bucal o haciendo palanca con un elevador de hoja fina, colocada por el lado bucal entre la corona del molar y la tabla ósea externa. Si no hubiera posibilidad de introducir estos instrumentos a nivel de la cara bucal, se practica con una fresa redonda una muesca u orificio en la parte media del hueso bucal (fig.e y f) esta nueva vía facilita la colocación del elevador y la extracción del molar.

Cuando es necesario se puede practicar la sección del diente para facilitar la operación ya que suelen encontrarse las raíces en diferentes posiciones. (ver cap. VIII)

Una vez practicada la extracción retiramos el seco pericoronario con una cucharilla para hueso, limamos las esquirres óseas y hacemos el toaillette de la cavidad con agua bidestilada o con suero fisiológico utilizando el succionador para retirarlo de la boca.

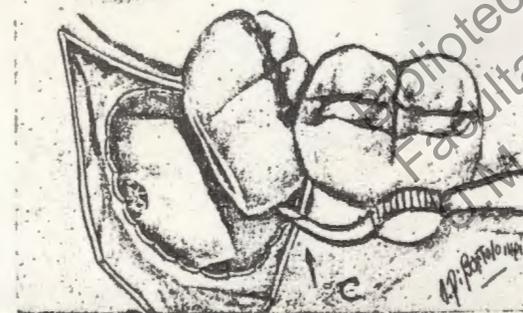
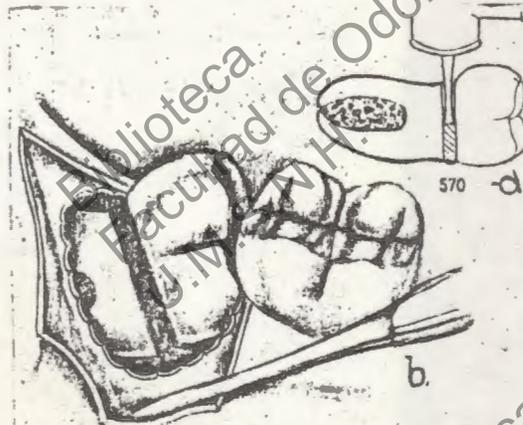
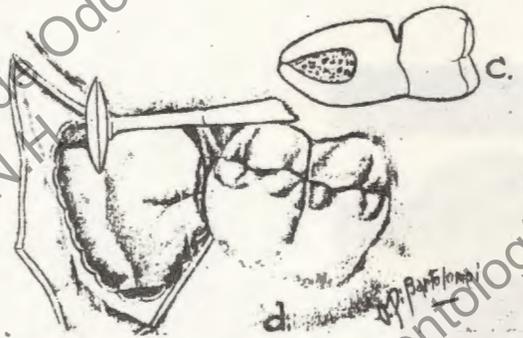
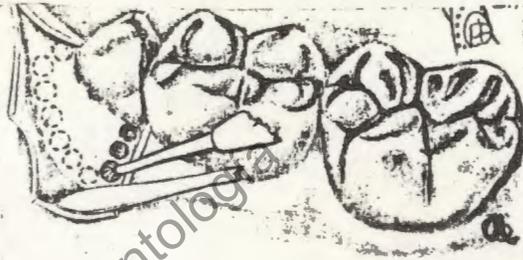
SUTURA:

Regresamos nuestro colgajo a su lugar de origen y procedemos a practicar la sutura de este con seda catgut 3 ceros atraumático, neylon. Se practican dos o tres puntos aislados los cuales se retiran en un término de 6 o 7 días. Se coloca una gasa sobre la herida para que presione el paciente.

POST-OPERATORIO:

Compresas con hielo varias veces al día por fuera de la región operada y se recomienda al paciente comida semisólida, evitar ingestión de irritantes y se prescriben analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

TECNICA DE EXTRACCION DE TERCERAS MOLARES INCLUIDAS INFERIORES (P.MESIO-ANG/)



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

570

M. P. P. P.

TECNICA DE EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS INFERIORES (POSICION MESIO-ANGULAR).

ANESTESIA:

Regional a nivel de la Spina de Spix, para bloquear el nervio dentario inferior, nervio lingual.

INCISION:

Se practica una incisión que partiendo de la cara distal del molar retenido, se extiende en sentido distal en una distancia aproximada de 1 cm., luego se practica una incisión sobre el borde bucal del molar retenido y en la misma proporción que la anterior con el fin de evitar traumatismo y laceración del reborde gingival interdentario, se traza la incisión bucal desde el borde de la encía hacia abajo y ligeramente adelante. (fig.a)

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

Este tiempo quirúrgico lo realizamos con una legra roma o periostótomo y despues este será sostenido con un separador por el ayudante.

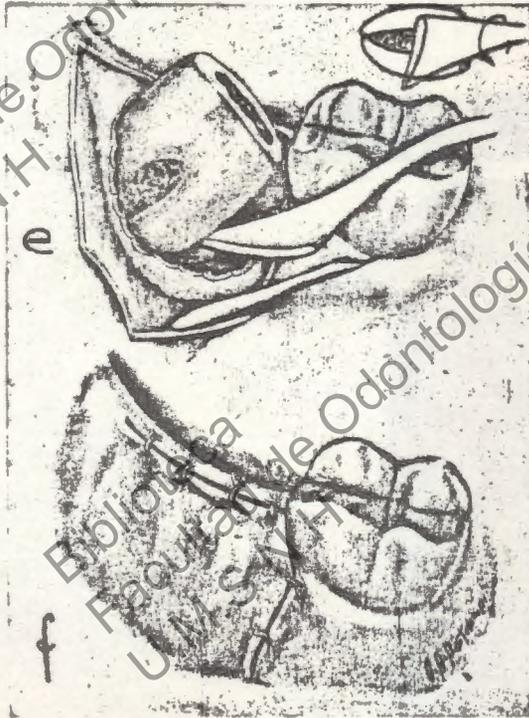
OSTEOTOMIA:

En el caso que presento la realizamos con una fresa redonda No.4 o 5 eliminando tanto hueso sea necesario segun las facilidades de acceso al molar retenido, se practican pequeños orificios en el hueso, los cuales deben de llegar hasta el molar retenido; el tacto nos dará la sensación necesaria que entonces nos advertirá la presencia del molar retenido. La porción ósea limitada entre los puntos perforados por fresa se unen con fresa de fisura o con ligeros golpes de martillo automático. La cantidad de hueso a reseca está de acuerdo con el grado de inclinación del molar, la forma y disposición de sus raíces y el contacto con el molar anterior. El hueso distal se puede eliminar con fresa No.560 (fig.a)

EXTRACCION:

Para la extracción en este caso debemos seccionar la molar a extraer

POSICION MESIO-ANGULAR.



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

se secciona con un disco de carburo, con fresa quirúrgica de fisura No.560 o bien con martillo automático.

En este caso recomiendo el uso martillo automático (impactor) las funciones de este se circunscriben a seccionar el diente según su eje mayor, para tal fin se emplea una punta cortada a bisel haciendo antes una pequeña muesca con un disco o fresa a nivel del cuello de la molar; dos o tres golpes son suficientes para fracturarla.

La extracción de la corona después de seccionar el diente según su eje, se realiza por medio de elevadores finos, se introduce al elevador en el espacio creado por la fresa, este espacio es de gran utilidad pues a sus expensas se desplaza la corona hacia mesial y luego hasta distal. Finalmente se introduce por debajo de la corona entre su cara mesial y el borde óseo y se eleva la corona del molar.

La porción radicular puede extraerse por medio de elevadores también ya sean rectos, curvos o de winter. En algunos tipos de retención empleamos el elevador No.12; éste se introduce entre la porción radicular y el tejido óseo subyacente, se hace girar el mango del instrumento hacia el lado bucal según la disposición y la forma radicular será mayor o menor el esfuerzo a realizarse. En casos de gran divergencia radicular (raíz mesial dirigida hacia mesial y raíz distal dirigida hacia distal) o gran cementosis, puede ser de utilidad separar las dos raíces con una fresa de fisura, cada raíz se extrae por separado con elevador recto o de bandera. (fig. a, b, c, d, e)

SUTURA:

Se inspecciona la cavidad ósea, se retira todo el saco pericoronario con una cucharilla para hueso, también con una lima para hueso se eliminan las esquiras óseas; lavamos con suero fisiológico nuestra cavidad, adaptamos los labios del colgajo y practicamos dos o tres puntos de sutura con el material ya conocido por nosotros catgut astraumático 3 ceros, nylon o seda. (fig. f)

POST-OPERATORIO:

Aplicarse compresas con hielo en la región (mejilla) varias veces al día, tomar alimentos suaves, evitar ingestión de grasas e irritantes, prescribimos analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

CAPITULO XIII

TECNICA DE EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS (POSICION HORIZONTAL).

ANESTESIA:

Regional troncular como en la técnica anterior.

INCISION:

La incisión será desde el espacio retromolar, se hará hasta hueso y en una sola intención de atrás hacia adelante en el centro mismo del proceso hasta la cara distal, se rodea al segundo molar a nivel de su encía libre por el lado vestibular y se baja el corte hasta fondo de saco. (fig.a)

DESPENDIMIENTO DEL COLGAJO:

Igual que en la técnica anterior lo separamos con legra o periostótomo y el colgajo será sostenido con un separador por el ayudante.

OSTEOTOMIA:

En este caso debemos eliminar gran parte de hueso del espacio retromolar, haciendo una serie de perforaciones hasta el molar retenido con una fresa redonda No.4 o 5 uniendo los orificios con una fresa de fisura o con martillo automático, la pieza retenida debe quedar descubierta más o menos 1 cm. de su cuello o línea cervical para facilitar la sección de la misma. (fig.b,c,d)

EXTRACCION:

Para extraer la pieza procedemos a seccionarla ya sea a nivel de su cuello o también seccionando las cuspides para retirarla por partes. Para seccionarla recomiendo el uso del martillo automático ya sea que fracturemos la pieza a nivel de su cuello para dividir la corona y raíz o seccionemos la corona con el método descrito en el capítulo VIII de las diferentes formas de seccionar los molares para su extracción.

Segun el método utilizado para la odontosección procedemos a extraer por partes la pieza retenida con elevador recto o en forma de bandera. La pieza debe extraerse en sentido de su eje mayor, también debemos tomar en cuenta la posición del segundo molar, para que no vaya a ser obstaculo para la extracción

TECNICA DE EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS (POSICION HORIZONTAL).



y también que cantidad de hueso distal encontramos; si es necesario se puede eliminar un poco. En piezas que se encuentran muy profundas dificultan más la técnica quirúrgica.

Una vez retirada la pieza retenida procedemos a eliminar el saco pericoronario con una cucharilla para hueso, lavamos nuestra cavidad ósea y revisamos que no queden esquirlas óseas, si hay las eliminamos con lima para hueso. (fig. e, f)

SUTURA:

Regresamos nuestro colgajo a su lugar y procedemos a practicar dos o tres puntos de sutura con catgut atraumático de tres ceros, nylon o seda, según preferencia del cirujano, los cuales vamos a retirar en 5 a 7 días. (fig. g)

POST-OPERATORIO:

Compresas con hielo en la región operada varias veces al día, dieta blanda, evitar ingestión de grasas, alimentos irritantes; se prescriben analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

TECNICA DE EXTRACCION DE GERME DE TERCERA MOLAR.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CAPITULO XIV

TECNICA DE EXTRACCION DE GERMEN DE TERCERA MOLAR.

ANESTESIA:

Regional a nivel de la ~~zona~~ de spix.

INCISION:

Se practica la incisión en el espacio retromolar, se hará hasta hueso y en una sola intención, se hará de atrás hacia delante en el centro del proceso hasta la cara distal del segundo molar, se rodea a nivel de su encía libre por el lado vestibular y se bajara el corte hasta fondo de saco.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

Lo practicamos con una legra o periostiótomo dejando al descubierto el espacio retromolar para pasar al siguiente paso quirúrgico.

OSTEOTOMIA:

Quando el germen tiene unicamente formada la corona y ni siquiera se ha iniciado la formación de las raices, se encuentra este germen implantado en el centro del hueso, cubierto por hueso y mucosa. Para poder hacer su eliminación se tendra que recortar suficientemente la porción oclusal del proceso óseo hasta dejar al descubierto la cara oclusal del germen hasta su maximo perimetro coronario, este germen se encuentra cubierto aparte de hueso por el seco dentario correspondiente.

Quando el germen se encuentra en mala posición desde que se inicia su evolución, ya sea que se encuentre hacia vestibular o lingual sin importar la profundidad ósea se tendra que eliminar todo aquel tejido óseo que sea necesario para poder hacer su eliminación, pero siempre y cuando los elementos nobles que van en el conducto dentario, porque pudiera suceder que se haga presión con el martillo automático o con un elevador directamente sobre el conducto y presentarse serias complicaciones por empujar por decirlo así el germen dentario en el canal o conducto dentario. (fig.a,b)

EXTRACCION:

Una vez localizado el germen vamos a practicar la fractura de este, a nivel de sus cuspides distales con el martillo automático con un golpe ligero y se retira en dos partes con el elevador recto. Cuando se luxa al estar haciendo la osteotomía se podrán presentar dificultades para eliminarlo, porque tendrá mucha movilidad dentro de su cavidad ósea y no se puede sujetar fácilmente.

Eliminamos el saco pericoronario con una cucharilla para hueso y eliminamos las esbirras óseas. También podemos seccionar la pieza con una fresa de figura. (Fig. c, d, e, f, g, h, i)

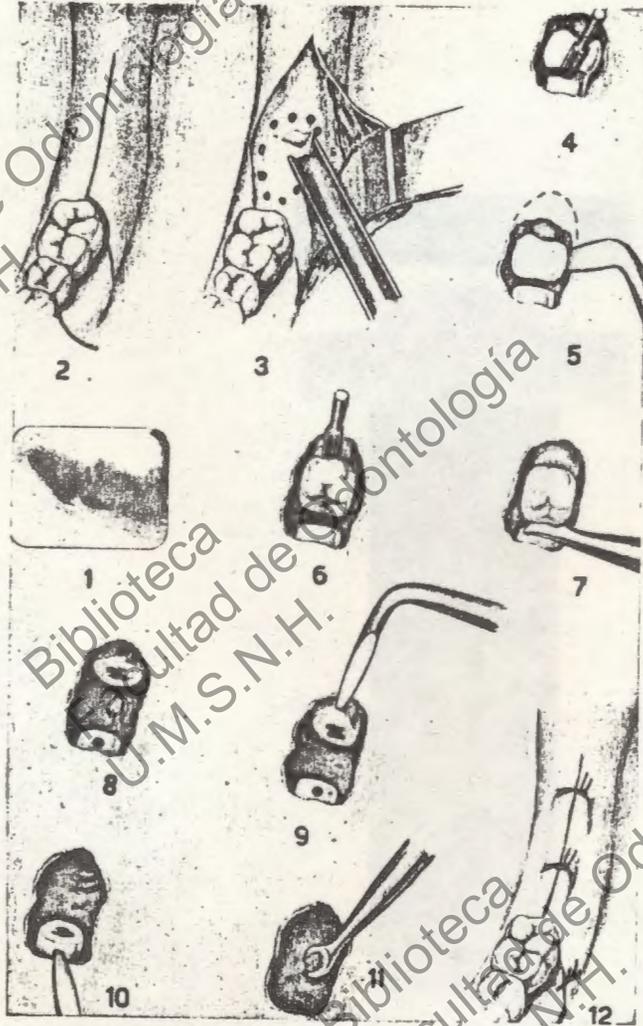
SUTURA:

Colocamos el colgajo en su lugar de origen y procedemos a practicar dos o tres puntos de sutura con el material de preferencia del cirujano, los cuales serán retirados en un lapso de 5 o 7 días.

POST-OPERATORIO:

Compresas con hielo varias veces al día en la región intervenida, dieta blanda, no ingerir grasas, comidas irritantes; se prescriben analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

TECNICA DE EXTRACCION DE SEGUNDA Y TERCERA MOLAR INFERIOR INCLUIDA.



TECNICA DE EXTRACCION DE SEGUNDA Y TERCERA MOLAR INFERIOR INCLUIDA.

ANESTESIA:

Regional a nivel de la spina de spix.

INCISION:

La misma practicada para los casos anteriores, ademas que abarca hasta el segundo premolar o primer molar. (fig.2)

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

Con legra roma o periostótomo igual que en los demas casos.

OSTEOTOMIA:

Abarcara amplia zona para dejar al descubierta hasta su maximo perimetro de ambas coronas, La podemos practicar con fresa o con martillo automatico, debemos tomar en cuenta los elementos anatomicos del conducto dentario para no lastimarlo. (fig.3)

EXTRACCION:

Primeramente se seccionaran las piezas con una fresa de flama o cilindrica de diamante, se cortaran las cuspides de ambas coronas a que quede un amplio espacio entre cara oclusal y cara oclusal y se procede con un elevador recto o con uno de bayoneta a extraer primero la tercera molar y luego la segunda. Algunas veces pueden presentar anomalias anatomicas en sus raices cual dificultara un poco su extracción y sera necesario eliminar un poco más de hueso.

Eliminamos el seco pericoronario, regularizamos bordes óseos con lima para hueso y lavamos nuestra cavidad ósea. (fig.4,5,6,7,8,9,10,11)

SUTURA:

Volvemos el colgajo a su lugar y suturamos con puntas aislados.

POST-OPERATORIO:

El mismo que los casos anteriores.

BIBLIOGRAFIA.

- CIRUGIA ODONTOMAXILAR 2a.PARTE -----DURANTE AVELLANAL.
CIRUGIA BUCAL,-----R.GENTENO.
ESTOMATOLOGIA,-----K.THOMA.
PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA,-----MITCHELL,STANDISH,FAST.
CLINICA PROPEDEUTICA MEDICA,-----MARTINEZ CERVANTES.
APUNTES DE LA CATEDRA DE PROPEDEUTICA,-----DR.JUAN A.BERMUDEZ.
APUNTES DE TECNICAS ESPECIALES DE EXODONCIA,-----DR.EDUARDO PLAZA P.
ANATOMIA HUMANA,-----QUIROZ.
ANATOMIA TOPOGRAFICA,-----TESTUT Y JACOB.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.