

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 1 de 51

GUIA DE ATENCIÓN EN CIRUGIA ORAL BASICA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SEDE BOGOTA

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

FEBRERO 2013

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 2 de 51

OBJETIVO

Garantizar atención de calidad a la población inscrita en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, que presente dientes con indicación de exodoncia, así como a la población que refiera factores de riesgo o patologías sistémicas con manifestaciones en cavidad oral.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Garantizar un diagnóstico y manejo oportuno a la población inscrita.
- Establecer las pautas para la decisión en procedimientos de cirugía oral.
- Establecer las pautas para la realización de exodoncias en dientes permanentes.
- Establecer las pautas para las exodoncias método abierto y método cerrado y el manejo de sus posibles complicaciones.

ALCANCE

La presente guía clínica se aplicara en la población inscrita en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, que presente dientes con indicación de exodoncia o procedimientos de cirugía oral.

DEFINICIONES

Exodoncia: La extracción dental es un procedimiento que incorpora la aplicación correcta de principios quirúrgicos, físicos y mecánicos para lograr la remoción de un diente(1).

Anestesia Local: Pérdida de la sensación en un área circunscrita del cuerpo causada por la depresión de la excitación de las terminaciones nerviosas o una inhibición del proceso de conducción en los nervios periféricos(2).

Anestésicos Locales: Son compuestos que bloquean de manera reversible la conducción nerviosa en cualquier parte del sistema nervioso a la que se apliquen. Pasado su efecto, la recuperación de la función nerviosa es completa. Se utilizan principalmente con la finalidad de suprimir o bloquear los impulsos nociceptivos, sea en los receptores sensitivos, a lo largo de un nervio o tronco nervioso o en los ganglios, y tanto si la aferencia sensorial discurre por nervios aferentes somáticos como vegetativos. En ocasiones, el bloqueo sirve también para suprimirla actividad eferente simpática de carácter vasoconstrictor(3).

Asepsia y antisepsia: La asepsia tiene por objeto evitar que los gérmenes penetren al organismo humano, mediante la aplicación de técnicas que eviten la contaminación y/o mantengan la esterilización; la antisepsia a su vez, se encarga de destruirlos cuando se encuentran sobre los tejidos y superficies que vamos a manipular, mediante la aplicación

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 3 de 51

de sustancias químicas, llamados antisépticos; por lo tanto, podemos definir ambos términos como: "El conjunto de medidas y procedimientos que se ponen en práctica para conseguir la esterilización del material e instrumental quirúrgico y de todo aquello que tenga contacto con el campo operatorio"; dicho de otra manera, "Es lograr la eliminación de agentes sépticos, antes, durante y después del acto quirúrgico de que se trate"(4).

Fracturas Radiculares: Las fracturas radiculares pueden definirse como pérdidas de solución en la estructura dentaria involucrando dentina, cemento, pulpa y ligamento periodontal y rara vez tejido óseo, su patrón de reparación es complejo debido al deterioro concomitante de las estructuras mencionadas (5). Es una de las complicaciones más comúnmente asociadas con la extracción dental(1).

Fractura Mandibular: Es una de las complicaciones menos frecuente pero más severas durante la extracción de terceros molares inferiores (6). Consiste en la pérdida de la continuidad normal de la sustancia ósea en el hueso mandibular por una ruptura parcial o total de el mismo(7).

Fractura de la Tuberosidad: Es la pérdida de la continuidad en la porción posterior del hueso maxilar. Puede ocurrir en pacientes con senos maxilares neumatizados, y en los cuales la tuberosidad tenga poca base ósea. En ocasiones se puede establecer comunicación orosinusal(8).

Comunicación Oro-antral u Oro-sinusal: Es una complicación común después de la extracción de los dientes posteriores del maxilar superior, principalmente por la estrecha relación que existe entre las raíces de estos dientes con el seno maxilar. La frecuencia de comunicaciones oroantral es después de exodoncias superiores reportada en la literatura es de 55% para el primer molar superior, 28% para el segundo molar, 8% para el tercer molar, 5% para el segundo premolar y 3% para el primer premolar.

Luxación Mandibular: Se presenta cuando el cóndilo de la mandíbula, al abrir la boca, sobrepasa la eminencia del temporal, por lo que queda bloqueado, permaneciendo la boca abierta. Puede ocurrir al aplicar una fuerza excesiva durante la exodoncia de dientes mandibulares en pacientes con predisposición, por excesiva laxitud ligamentosa u otros motivos (8).

Hemorragia Intraoperatoria: Lesión ocasionada por ruptura de vasos sanguíneos mayores o menores durante el acto quirúrgico. En un procedimiento quirúrgico se puede generar un sangrado o hemorragia por razones generales y por causas locales, ya que los tejidos de la cavidad oral están altamente vascularizados y generalmente se producen heridas abiertas tanto en tejidos blandos como en tejidos duros(1).

Alveolitis: Resultado de un proceso inflamatorio local en el alvéolo luego de una extracción dental, producida por una pérdida prematura del coágulo sanguíneo, dejando expuestas terminaciones nerviosas libres y la posibilidad de una colonización bacteriana posterior, en donde se va a manifestar un intenso dolor en el alvéolo expuesto (8).

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 4 de 51

Equimosis: Extravasación de sangre al interior de un tejido, especialmente en el tejido subcutáneo. La extravasación se manifiesta por una mancha de color rojo violáceo que debido a las modificaciones que sufre la hemoglobina de los eritrocitos de la sangre extravasada, cambia su color a azul, verde y amarillo hasta que desaparece. La equimosis se puede producir por diversos tipos de traumatismos, o puede estar relacionada con ciertas enfermedades que provocan un aumento de la fragilidad de las paredes vasculares.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Del primer acto quirúrgico practicado en la cavidad bucal, la avulsión dentaria, se tienen referencias dadas por Baudo in Matsuto y otros autores, resultado de investigaciones realizadas sobre maxilares del periodo neolítico(9).

En la antigua Mesopotamia, como refiere Febres Cordero, las tablas Asirías de I colección Kuyunjil mencionan que un "dentista" aconsejó a su Rey la extracción de los dientes de su hijo, por ser estos la causa de su enfermedad que padecía, este concepto de infección focal se anticipa casi tres mil años al expresado por Hunter en 1910(9).

En las alturas de antigua India (libro de los Veda), imperios Persa y Chino, y en otras altas culturas primarias, prehelénicas o precolombinas, se encuentran diferencias de distintos procesos odontológicos, entre ellos de la ablación dentaria. La exodoncia se practicaba golpeando directamente sobre la corona o sobre una madera a modo de escoplo, lo que daba lugar a la fractura del diente o de los cartílagos óseos alveolares(9).

En la antigua Grecia, Asclepio o Esculapio (1560 antes de Cristo) ya había construido instrumentos rudimentarios para la exodoncia; también se le atribuyen indicaciones precisas sobre la ablación dentaria que realizaría con la pinza llamada "odontagogo", Hipócrates (460 años antes de Cristo) describe en los libros de la Colección Hipocrática o Habeas Hippocratium un inmenso caudal de sus saberes médicos entre los que se encuentran muchos referidos a la patología y terapéutica bucal y maxilofacial. En el siglo I, Cornelio Celso en su tratado "de arte médica", hace amplias referencias a la Cirugía bucal, describiendo por primera vez la importancia de practicar la sindesmotomía(9).

Guy de Chauliac en su obra "cirugía magna" (siglo XIV), hace numerosas referencias de la extracción dentaria y considera que esta debe ser practicada por "doctores". Esta opinión tiene mucho valor en aquel tiempo, ya que desde el medioevo este ejercicio o actividad era usurpado por empíricos, charlatanes y barberos(9).

Simón Hullihen (1860), médico dentista de Estados Unidos, es considerado históricamente como el fundador de la Cirugía bucal y maxilofacial; sus múltiples publicaciones dan testimonio de su amplio saber en este campo(9).

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 5 de 51

ANESTÉSICOS LOCALES

A partir del día 11 de Diciembre de 1844 el óxido nitroso fue administrado al Dr. Horace Wells, dejándolo inconsciente y apto para ser extraído su tercer molar sin dolor alguno. El mundo había cambiado para siempre, aunque para todos los procedimientos quirúrgicos incluyendo la cirugía dental la norma era aplicar anestesia general. La historia del descubrimiento de la anestesia óxido nítrico, cloroformo-éter y su desarrollo es bien conocido(10).

En 1880 una segunda revolución para mitigar el dolor produce la introducción de la anestesia local. 400-700 A.C. los antiguos indios peruanos que masticaban coca con alcalinos, conocían el adormecimiento en lengua y labios, que en quechua significa "kunkasukunka" (faringe adormecida). Prueba del conocimiento general del "kunkasukunka", lo tenemos en la sabrosa anécdota del dolor de muelas del jesuita y cronista español Bernabé Cobo(10).

La supresión del dolor era un desafío constante, siendo conocida la utilización de vegetales con propiedades anestésicas. El uso de *cannabis*, la masticación de coca, el alcohol y derivados del opio para citar algunos ejemplos. También se recurría a métodos físicos con o sin éxito. Las primeras descripciones de la cocaína aparecieron en Europa en 1532 por Pedro Cieza de León, quien encontró a los indios peruanos, los cuales masticaban hojas de coca que proveían una sensación de desinhibición que les facilitaba trabajar por largas horas en las alturas de los Andes(10).

Tres siglos después, Albert Niemann, extrajo y purificó la cocaína de hojas, notando que "entumece los nervios de la lengua, privándolo de sensibilidad y gusto". Otros investigadores, incluyendo a Sigmund Freud, también exploraron las propiedades anestésicas de la cocaína(10).

En 1884, mientras estudiaba los efectos psicológicos de la cocaína, Freud fue llamado desde Viena por su prometida, quien le solicitó que fuera con ella a París. En su ausencia, un oftalmólogo austriaco llamado Carl Koller, completó sus estudios que demostraban el efecto tópico de la anestesia de cocaína en los ojos de los conejos y los perros, el Dr. Koller se hizo conocido como el "Padre de la anestesia local"(10).

La cocaína era reconocida como la droga mágica produciendo propiedades previamente conocidas por la medicina. Luego fue aplicada tópicamente a las membranas mucosas hasta que William Halstead, un cirujano americano de la Universidad de John Hopkins, en Baltimore, utilizó la cocaína para realizar el primer bloqueo del nervio alveolar inferior(10).

Utilizando la cocaína como anestesia, Halsted podía dedicar más tiempo a la cuidadosa disección anatómica, convirtiéndose en un renombrado profesor de cirugía en los Estados Unidos. Sin embargo, el esplendor de la cocaína se debilitó. Aparecieron reportes de náuseas, vómitos y problemas cardíacos severos (incluyendo la muerte), así como problemas de adicción a la cocaína(10).

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 6 de 51

Alfred Einhorn, un investigador alemán, describió muchas reacciones adversas asociadas a la cocaína mientras se investigaban químicos con propiedades anestésicas similares a la misma pero sin sus efectos de alteración. El primer producto de esta investigación fue la Procaína, la cual fue introducida en la medicina y en la odontología en 1904.

La procaína, reemplazó rápidamente la cocaína como la anestesia local preferida y fue reconocida por casi cuarenta años como el "estándar de oro", la droga contra la cual todas las anestésicas locales eran comparadas hasta la aparición de otras sustancias como la Lidocaína(10).

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Louis Pasteur (1822-1895), químico y microbiólogo francés, fue quien estableció la validez de la teoría de las enfermedades producidas por gérmenes y encontró que podía detener la proliferación de los organismos por medio del calor. Con sus experimentos realizados en el aire puro de las alturas de los Alpes, desmintió la teoría de la generación espontánea de los organismos, al demostrar que estos procedían de otros similares de los cuales ordinariamente el aire está saturado. Sus descubrimientos estimularon su interés y motivaron sus estudios sobre la infección y la putrefacción(11).

El médico y bacteriólogo alemán Robert Koch (1843-1910) fue también fundador de la bacteriología y obtuvo en 1905 el premio Nobel de Fisiología y Medicina por haber aislado el bacilo de la tuberculosis; sus célebres postulados para aceptar la patogenicidad de un microorganismo aún tienen vigencia y su recomendación sobre el uso del bicloruro de mercurio como antiséptico, fue precursora del interés en la antisepsia(11).

Es importante precisar los conceptos de antisepsia y asepsia: el primero alude a la destrucción de los gérmenes en las heridas por medio de agentes químicos. El segundo se refiere al método por medio del cual se dejan libres de gérmenes, antes de la intervención, todos los objetos que vayan a estar en contacto con piel o mucosas del paciente(11).

Otro personaje que marcó un hito en la cirugía moderna fue el cirujano inglés Joseph Lister (1827-1912), quien dio importancia a la teoría de los gérmenes con relación a la cirugía y la infección, realizando estudios sobre agentes químicos para combatir las bacterias y las infecciones quirúrgicas. Inicialmente utilizó el ácido fénico en las heridas y también por medio de atomización en los quirófanos; más tarde se dio cuenta, que tenía que enfrentarse con los gérmenes existentes en la herida y en las manos del cirujano. Su nombre está ligado a la creación de la cirugía antiséptica; posteriormente, Sir William MacEwen (1857-1937), abandonó el ácido fénico y usó la esterilización de las gasas por ebullición; por esto es considerado como el precursor del método aséptico(11).

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 7 de 51

Tuvo éxito Lister en reducir las tasas de septicemia y mortalidad postoperatorias en sus pacientes, aunque no se le reconocieron de inmediato sus méritos. También se interesó Lister en la relación entre las suturas y la cicatrización de las heridas. Reconoció que las ligaduras y suturas estaban cargadas de bacterias y comenzó a tratar el catgut con aceite fenolizado. Introdujo la práctica de dejar cortos los cabos de las suturas cuando se dio cuenta de que los cabos colgantes proporcionaban un sitio de colonización para las bacterias(11).

Lograr un método antiséptico para las manos de los cirujanos también fue objeto de múltiples ensayos; inicialmente se llegó a la conclusión de que ni el vapor ni el agua hirviente podían ejercer una acción antiséptica en las manos y, así mismo, se demostraron los efectos limitados del fenol. Entre 1885 y 1890 se hicieron ensayos para desinfectar las manos con paños impregnados de alcohol o mediante el uso de pomadas fenolizadas. Fue Johan Von Mickulicz (1850-1905) quien ideó y empleó guantes esterilizados al vapor, pero se humedecían y había que cambiarlos continuamente. En el año de 1890, en el Hospital John Hopkins de la ciudad de Baltimore, el cirujano William Stewart Halstead (1852-1922) resolvió el problema al confeccionar guantes de goma para su instrumentadora Caroline Hampton; dichos guantes se hicieron de uso obligatorio para todos los cirujanos a partir de 1894(11).

ESTUDIOS PREVIOS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Las pautas o recomendaciones previas a cualquier momento quirúrgico son:

1. Historia Clínica del Paciente

Tome un tiempo prudente en indagar a su paciente durante la realización de la Historia Clínica sobre los antecedentes sistémicos, patológicos, traumáticos o farmacológicos que pudieran afectar el curso de un tratamiento odontológico en especial el de tipo quirúrgico e incluso contraindicarlo, según la Historia Clínica(12).

2. Exploración de la cavidad bucal

Establezca una adecuada inspección de los tejidos blandos y duros que circundan la zona a intervenir con el fin de determinar tamaño y posición de la estructura así como su relación con órganos vecinos(12).

Esta inspección le proporcionara elementos de juicio importantes para clasificar o calificar el grado de complejidad del procedimiento y con el resultado obtenido realizarlo o remitirlo a un nivel II o III(12).

3. Uso de ayudas complementarias

Recuerde que a su disposición tiene numerosos recursos imagenológicos y de laboratorio clínico que la permitirán confirmar su impresión diagnóstica o corroborar el estado de salud general de su paciente. Si cree pertinente ordénelos previo a cualquier procedimiento quirúrgico y consigne los resultados de los mismos en la historia con la correspondiente interpretación(12).

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 8 de 51

Si no está seguro de los resultados o de la clínica de su paciente solicite interconsulta con el médico tratante.

Dentro de los exámenes recomendados se encuentran:

- Cuadro Hemático
- TP y TPT la permite valorar la cascada de la coagulación en su paciente, vía extrínseca y la vía intrínseca respectivamente.
- INR para pacientes anti coagulados con Warfarina.
- Glicemia preprandial para pacientes diabéticos.

Ordene un estudio radiográfico que incluya por lo menos radiografía periapical de la zona a intervenir o idealmente una radiografía panorámica que proporciona una idea global del estado de los tejidos duros y de la cavidad oral.

El uso de la radiografía le permite entre otras:

1. Determinar el estado del diente a intervenir en cuanto a tamaño, forma, condiciones de normalidad o anormalidad, relaciones con tejidos y estructuras adyacentes.
2. Establecer el tipo de hueso en cuanto a calidad y cantidad.
3. Evaluar el compromiso con estructuras anatómicas vecinas como el canal del nervio dentario inferior, seno maxilar.
4. Determinar la presencia de lesiones tumorales o quísticas asociadas o no(12).

MANIOBRAS PREVIAS A LA CIRUGIA

1. Asepsia y antisepsia

Genere un adecuado ambiente extra e intraoral de acuerdo con las siguientes recomendaciones:

- Realice detartarje previo a procedimientos quirúrgicos.
- Ordene a su paciente la realización de enjuagues con antisépticos del tipo Gluconato de Clorhexidina al 0.2% por 20-30 segundos.
- Haga desinfección de la zona perioral y la zona a tratar con gasas embebidas en solución a base de Yodo Povidona Solución.
- Utilice campos quirúrgicos estériles con el fin de evitar la contaminación cruzada.
- Maneje las medidas de bioseguridad(12).

2. Selección de la técnica anestésica a utilizar

Recuerde que el tipo de técnica depende de la ubicación de la zona a intervenir.

La anestesia utilizada en la cavidad oral es de tipo local con modalidades infiltrativa o troncular.

Igualmente la selección del tipo de anestésico y la cantidad a utilizar dependerá del juicio del profesional y del paciente a intervenir.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 9 de 51

3. Explicación del procedimiento al paciente

El paciente necesita y requiere conocer la magnitud y complejidad de cualquier acción que se vaya a ejecutar. Usted deberá ser absolutamente claro en señalar la naturaleza y los objetivos del procedimiento, los beneficios que obtendrá el paciente, pero también en explicar las posibles complicaciones o efectos adversos que se puedan presentar.

Es vital no solo que el paciente o usuario firme el Consentimiento Informado donde el paciente consigna su voluntad y deseo para ser atendido en consulta, así como su permiso para ejecutar acciones, sino que el paciente entienda, comprenda y sea capaz de explicar que le van a realizar, y que complicaciones se pueden esperar(12).

INDICACIONES POST-QUIRÚRGICAS

Explique a su paciente que:

1. Haga uso de las medidas físicas para el control de la inflamación. Para el primer día hielo con el fin de generar vasoconstricción y a partir del segundo día terapia de calor húmedo con el fin de producir vasodilatación.
2. Sea preciso y reiterativo con su paciente sobre la necesidad de tomar los medicamentos por usted ordenados o prescritos en la dosis y tiempos estipulados.
3. Limite el ejercicio físico con el fin de evitar hemorragias e inflamación post-quirúrgica.
4. Mantenga hábitos alimenticios normales con el fin de no alterar procesos de cicatrización debida a hipoproteinemias por estados carenciales y que no consuma alimentos irritantes.
5. Prohibida la ingesta de alimentos con pitillo ya que podría desalojarse el coagulo por succión inapropiada.
6. No consuma bebidas alcohólicas, ni fume en el post-quirúrgico.
7. Ante la presencia de hemorragia postoperatoria que no cede con medidas locales de presión, acuda al centro asistencial, con el fin de ser valorado nuevamente.
8. Asista a controles postoperatorios cumplidamente con el fin de valorar cicatrización y retirar las suturas.
9. Recomiende a su paciente no acelerarse ni exponerse a altas temperaturas.
10. No se automedique bajo ningún supuesto. En caso de dolor severo o evidencia de infección, acuda al centro asistencial(12).

La exodoncia debe ser considerada como último recurso en la odontología moderna, sin embargo, es un tratamiento frecuente en nuestra población, de acuerdo con el estudio Nacional de salud Bucal Ensab III (1998), se evidencia que las necesidades de tratamiento para exodoncias se incrementan con la edad:

- A los 12 años necesidad de exodoncias 0.3%.
- De 15 a 19 años necesidad de exodoncias 0.7%.
- De 20 a 34 años necesidad de exodoncias 1.7%.
- De 35 a 44 años necesidad de exodoncias 2.1%.
- Mayores de 55 años necesidad de exodoncias 3.0%(12).

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 10 de 51

EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES

Descripción Clínica

La extracción dental es un procedimiento que incorpora la aplicación correcta de principios quirúrgicos, físicos y mecánicos para lograr la remoción de un diente (1). La exodoncia de dientes permanentes es la terapéutica destinada a extraer el órgano dentario actuando sobre la articulación alveolo dentaria (sinartrosis)(12). La extracción dentaria es el acto quirúrgico que se realiza con más frecuencia dentro de la cirugía oral.

Factores de Riesgo

Es necesario intentar conservar las estructuras dentarias, sin embargo, hay muchos casos en los cuales es inevitable realizar la extracción dentaria, las podemos resumir de la siguiente forma:

- Dientes en los cuales no es posible la aplicación de la Odontología conservadora.
- Restos radiculares.
- Dientes con fracturas coronarias subgingivales.
- Dientes con fracturas o fisuras verticales.
- Dientes con caries radiculares muy subgingivales y sobre todo subóseas
- Dientes con enfermedad periodontal con grados de movilidad no estables, no recuperables y progresivos.
- Dientes supernumerarios.
- Tratamientos ortodónticos en los que hay una gran discrepancia óseo dentaria, sin posibilidad de crecimiento óseo.
- Dientes incluidos o en posición ectópica.
- Por problemas socio económicos del paciente, que dificulten la odontología conservadora(13).

Indicaciones

- Caries no restaurables (CIE-10: K028)
- Pérdida de soporte óseo. (Indicación periodontal)(CIE-10: K081)
- Fracaso repetitivo de endodoncia convencional y no convencional.
- Trauma dento-alveolar.
- Infecciones apicales refractarias periodontitis apical crónica (CIE-10: K045).
- Infecciones de espacios profundos asociados.
- Transformación quístico-tumoral de sacos dentarios (CIE-10: K090).
- Reabsorción Radicular externa y/o interna (CIE-10: K033).
- Rizoclasia de dientes vecinos.
- Pericoronitis.
- Traba de erupción (a dientes vecinos).
- Riesgo fractura mandibular.
- Neuralgias asociadas.
- Indicación prostodóntica.
- Indicación ortodóntica.
- Apiñamiento.
- Previo a cirugía ortognática(12).

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 11 de 51

Contraindicaciones

Locales:

- Infección aguda que amerite antibióticoterapia.
- Infección de las mucosas tales como gingivitis ulceronecrosantes o gingivostomatitis herpética.
- Pericoronitis.
- Irradiación(12).

Características de la Atención

Todo paciente que necesite realizarse una extracción dentaria, debe tener constancia de este acto en una historia clínica, ya que este tipo de cirugía aunque parezca simple, puede tener implicaciones de carácter médico-legal. En ésta, deben aparecer fundamentalmente, los antecedentes patológicos personales con énfasis en las alergias y enfermedades sanguíneas o antecedentes de hemorragia.

En la evolución se debe reflejar la fecha, si ocurrieron accidentes, así como los medicamentos y solución anestésica que se utiliza.

Tratamiento

- Anestesia.
- Sindesmotomía.
- Luxación.
- Apreensión.
- Exodoncia propiamente dicha.
- Revisión del alveolo. (Visual vs. Exploración con cureta de Lucas)
- Verificación del proceso de hemostático local. Cerciórese que se haya formado un coagulo estable y/o que no haya sangrado importante(12).

Instrumental para exodoncias por método cerrado de dientes permanentes

- Jeringa carpula.
- Elevadores rectos.
- Elevadores angulados. (Potts, Apicales, de Creer o de bandera y de Winter).
- Fórceps básicos. 150, 151, 16, 69.
- Cureta de Lucas
- Periostótomo(12).

Instrumental básico para exodoncias por método abierto de dientes permanentes

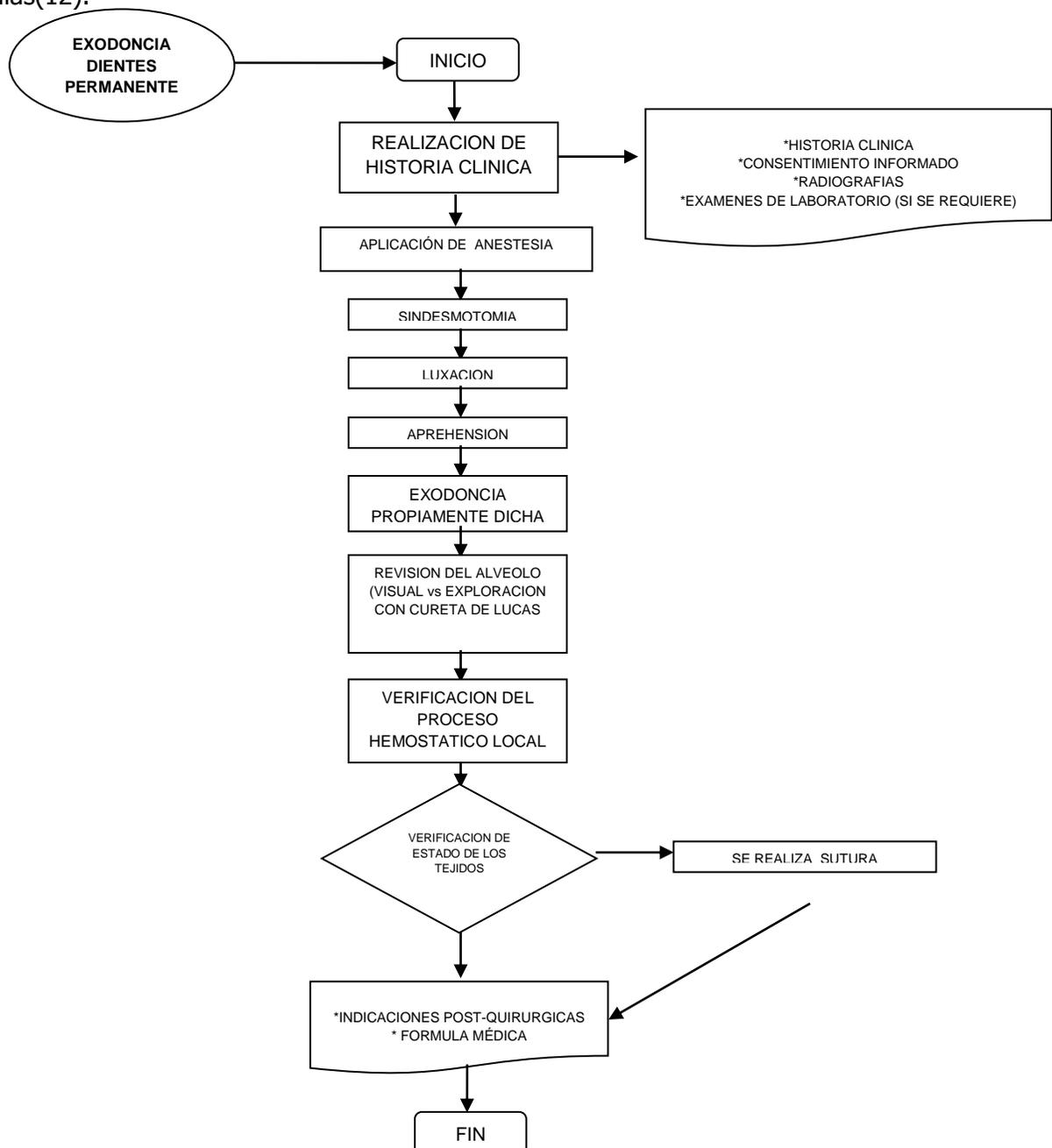
- Instrumental básico antes descrito.
- Mango de bisturí
- Periostotomo (Molt 9 o disector de Freer).
- Separador de colgajo (Minnesota, Seldin 23).
- Fresas quirúrgicas de baja velocidad y tallo largo (redondas # 5, 6, 7, 8, troncocónicas # 701, 702, 703).
- Pinzas de disección con y sin garra.

- Pinzas mosquito curva y/o recta.
- Tijera para tejidos.
- Tijera para sutura.
- Cánula de succión(12).

Manejo farmacológico

Se orienta al control del dolor y la antisepsia bucal

- Ibuprofeno 400-600 mg V.O c/6 horas ó Acetaminofén 500 mg V.O cada 4 horas
- Gluconato de Clorhexidina al 0.2% por 20-30 segundos. Usar 2-3 veces/día por cinco días(12).



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 13 de 51

EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES

Descripción Clínica

Es un procedimiento por el que se practica la avulsión (extracción) de un diente temporal o parte de él, del hueso maxilar que lo aloja, mediante unas técnicas y un instrumental específicos.

Las causas más comunes para la extracción de un diente temporal son la existencia de caries dental asociada a un proceso infeccioso o motivos ortodóncicos(8).

Factores de Riesgo

Las indicaciones para la extracción de dientes temporales son básicamente las mismas que para los dientes permanentes, no obstante podemos destacar las siguientes:

- En caso de que los dientes estén destruidos en tal grado que sea imposible restaurarlos; si la destrucción alcanza la bifurcación radicular o si no se puede establecer un margen gingival duro y seguro. El origen de esta destrucción suele ser una caries muy extensa o una lesión traumática (fractura corono-radicular o alvéolo-dentaria).
- Si se ha producido infección del área periapical o interradicular y no se puede eliminar por otros medios.
- En caso de absceso dentoalveolar agudo con presencia de celulitis.
- Si los dientes temporales están interfiriendo la erupción normal de los dientes permanentes, cuya presencia habrá sido confirmada radiográficamente.
- Dientes temporales en relación o vecindad con un proceso quístico o tumoral (8).

Indicaciones

- Caries no restaurables (CIE-10: K028)
- Pérdida de soporte óseo. (Indicación periodontal)(CIE-10: K081)
- Fracaso del tratamiento endodóntico.
- Infección apical persistente (CIE-10: K045).
- Trauma dentoalveolar. (Fracturas coronales (CIE-10: S025) o radiculares).
- Infección de espacios profundos asociados.
- Reabsorción radicular externa (CIE-10: KD45).
- Anquilosis (CIE-10: K035).
- Incorrecta reabsorción.
- Traba para la erupción de dientes subyacentes.
- Como estrategia de guía de erupción(12).

Contraindicaciones

- Infección aguda que amerite antibióticoterapia.
- Infección de las mucosas tales como gingivitis úlcero-necrosantes o gingivoestomatitis herpética. (CIE-10: K055).
- Pericoronitis.
- Irradiación(12).

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 14 de 51

Características de la Atención

El uso de una técnica correcta y unas medidas de asepsia son normas imprescindibles para el éxito de la extracción. Una historia y exploración previas, así como la realización de una radiología son también imprescindibles antes de proceder a la extracción.

La técnica de extracción simple requiere según el diente y su situación, la posición adecuada del paciente y del profesional, de la utilización de sindesmotomos, fórceps y elevadores. No se debe olvidar que en los niños la boca es pequeña, el acceso difícil y la saliva abundante, y a su favor cabe señalar la mayor elasticidad ósea, la reabsorción fisiológica de las raíces dentales junto al menor tamaño del diente.

Los niños son pacientes especiales y como tal deben de ser atendidos en un ambiente que reúna ciertas características que haga su consulta y experiencia en el odontólogo algo grato y confortable.

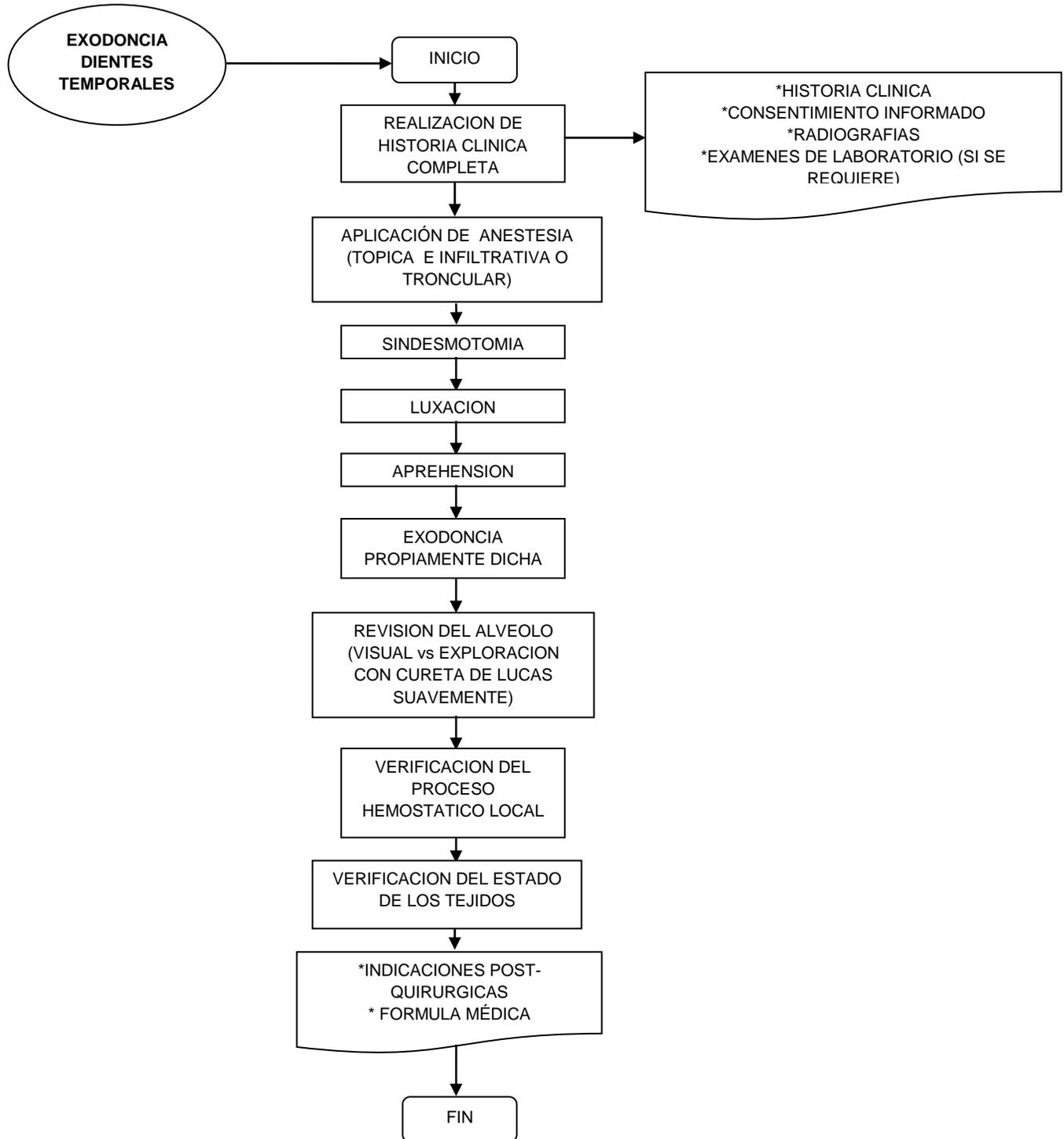
Tratamiento

- Evite la utilización de instrumentos como pinzas o elevadores grandes.
- Genere fuerzas de menor magnitud al luxar o al aprehender por la mayor elasticidad del hueso.
- Cuando ocurren fracturas de las raíces a diferencia del diente permanente, no se puede ser agresivo. Siempre hay que recordar la presencia de un diente permanente subyacente.
- Los movimientos de luxación en los dientes anteriores deben orientarse más hacia vestibular, porque conviene acá recordar que los gérmenes de los permanentes anteriores de ubican por lingual de los temporales. Se complementa la maniobra aprehendiendo, rotando y extruyendo simultáneamente.
- Los molares se luxan y extraen igual que los permanentes(12).

Manejo farmacológico

- Acetaminofén, 10 mg/kg cada 4 horas. No sobrepasar 1.2 gramos/día, por vía oral(12).

Flujograma:



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 16 de 51

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS FRACTURA RADICULAR (CIE-10: S025)

Descripción Clínica

El accidente más común durante la exodoncia con fórceps, es la fractura del diente, ya sea de la corona o de su raíz(1).

Factores de Riesgo

Numerosos factores pueden contribuir a la fractura de la raíz:

- Dientes con tratamiento endodóntico previo.
- Dientes con grandes destrucciones coronarias.
- Dientes con raíces largas, curvas y divergentes.
- Fuerzas excesivas y mal aplicadas.
- Dilaceración radicular.
- Anquilosis (CIE-10: K035).
- Pobre valoración radiográfica previa.
- Alta densidad ósea.
- Caries extensas.
- Deficiente escogencia del instrumental
- Hipercementosis (CIE-10: K034)(12).

Características de la Atención

- Ante una fractura radicular se debe realizar:
- Inspección de la porción del diente que se ha extraído.
- Realizar un examen radiográfico.
- Siempre que sea posible intentaremos hacer la exeresis de este resto radicular.
- De no ser posible en la misma sesión, se programa la exodoncia método abierto ya sea por el mismo profesional o remitiéndola a un especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Hay que recalcar que la regla debe ser siempre completar la exodoncia por el peligro de infección inmediata o secundaria que presentan los restos radiculares remanentes en el hueso maxilar (12).

Tratamiento

- Revise y encuentre el factor causal
- Realice un colgajo para método abierto
- Elimine los restos radiculares mediante osteotomía y/o odontosección.
- Limpie y revise el alveolo
- Suture y formule con analgésicos y antibióticos si fuere necesario de acuerdo al caso.
- Programe cita de control y retiro de sutura
- Si no es viable la remoción quirúrgica remita al especialista(12).

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 17 de 51

Instrumental y Material

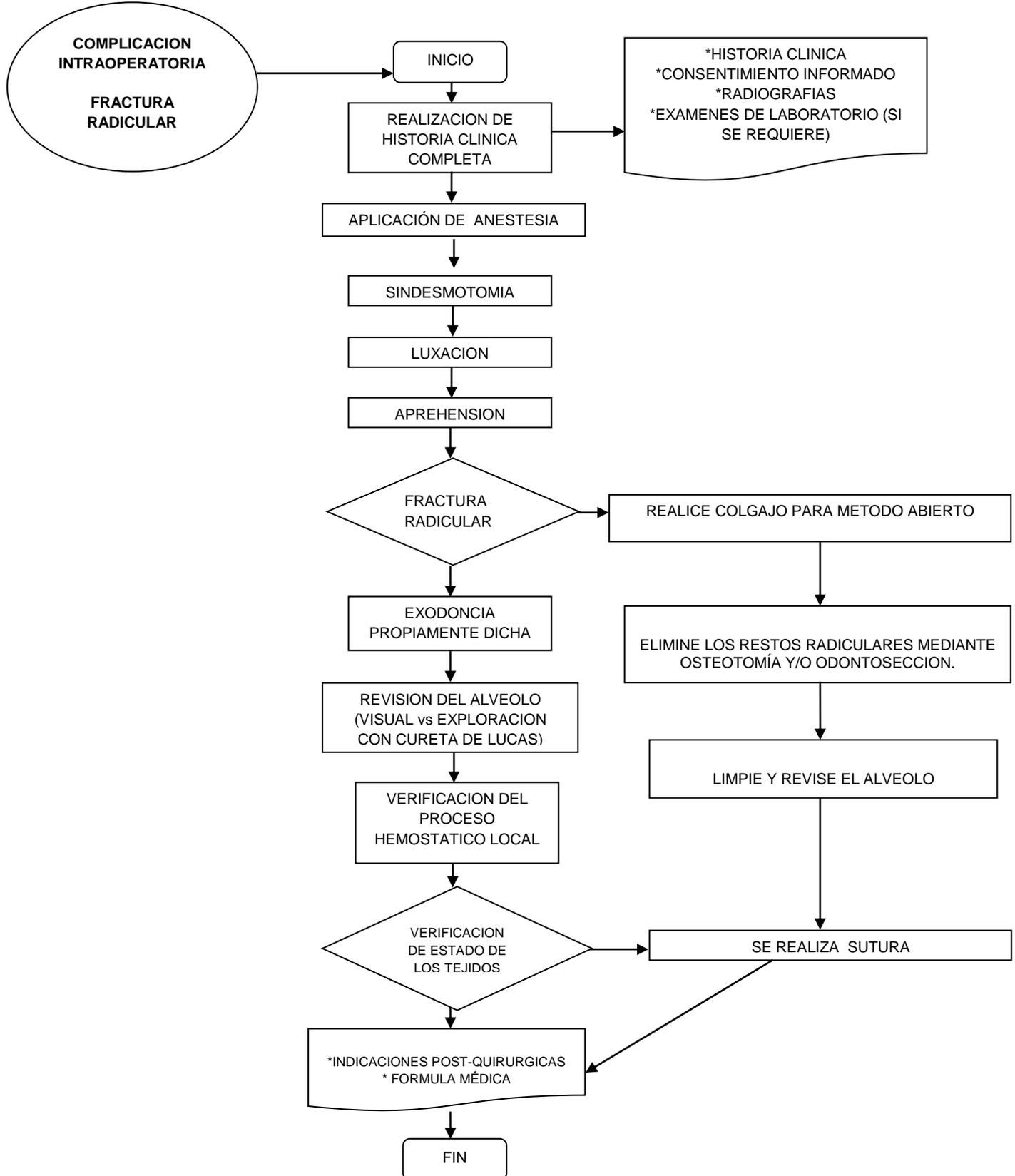
- Jeringa carpula
- Agujas para anestesia
- Mango de bisturí No. 3
- Hoja de bisturí No. 15
- Periostotomo (Molt 9 o Disector de Freer)
- Separador de Colgajo (Separador de Minnesota o Seldin 23)
- Micromotor
- Cánula o eyector adecuados
- Fresas (redondas o troncocónicas No. 4 o 5 y/ o 702, 703)
- Jeringa de irrigación
- Suero fisiológico o agua destilada
- Elevadores rectos de diferente calibre (p. Ej. No. 32, 33, otros).
- Elevadores angulados apicales
- Cureta de Lucas.
- Pinza de disección para sutura
- Porta-agujas
- Sutura (Seda o Vicryl 3/0 ó 4/0)
- Tijeras
- Gasas
- Esponjas hemostáticas(12).

Manejo Farmacológico

Se orienta al control del dolor y a la antisepsia bucal

- Ibuprofeno 400-600 mg v.o c/6 horas ó Acetaminofén 500 mg v.o cada 4 horas.
- Gluconato de Clorhexidina al 0.2% por 20-30 segundos. Usar 2-3 veces /día. Por cinco días(12).

Flujograma



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 19 de 51

FRACTURA DE INSTRUMENTOS

Descripción Clínica

Aunque es una complicación poco frecuente, se puede presentar la fractura del instrumental empleado en la exodoncia, esto puede ser debido a material en mal estado o a aplicar una fuerza excesiva. Se pueden romper las puntas de las fresas que estén muy desgastadas o instrumentos demasiado finos como ciertos elevadores.

Se deberá extraer en la misma intervención este fragmento de instrumental localizado normalmente en el alveolo o en los tejidos adyacentes. Si no es posible debemos programar una nueva intervención quirúrgica o remitir al especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial.

Factores de Riesgo

Esta complicación se presenta como consecuencia de defectos en el material empleado (sobre todo por su repetida esterilización por calor), o bien de movimientos o maniobras de fuerza no controlada por parte del paciente o del odontólogo.

Características de la Atención

- Medidas Preventivas:
No usar agujas en mal estado
Conocer las estructuras anatómicas
- No realizar movimientos bruscos a su paso por las estructuras anatómicas.
Haga que el paciente abra bien la boca.
Nunca debe aplicar presión lateral sobre la aguja para cambiarla de dirección.
No forzar la aguja a su paso por los tejidos.
Es importante recordar que para evitar la fractura de la aguja, ésta no debe introducirse en la
- totalidad de su longitud
- Emplear agujas de calibre adecuado
- No doblar las agujas(2).

Tratamiento

- Planee la remoción del fragmento metálico sin perder de vista el objetivo quirúrgico, para ello se requieren las mejores condiciones de visibilidad del sitio que aloja el fragmento (luz, succión y eventualmente diseñar un colgajo).
- De necesitarse un colgajo, los elementos que se requieren son los mismos sugeridos para eliminar un ápice radicular.
- Si las maniobras no tienen éxito, y el balance riesgo-beneficio no es bueno, remita al especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, pero siempre debe estar acompañada de una información e instrucción al paciente(12).

Instrumental y Material

- Jeringa carpula
- Agujas para anestesia
- Mango de bisturí No. 3

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 20 de 51

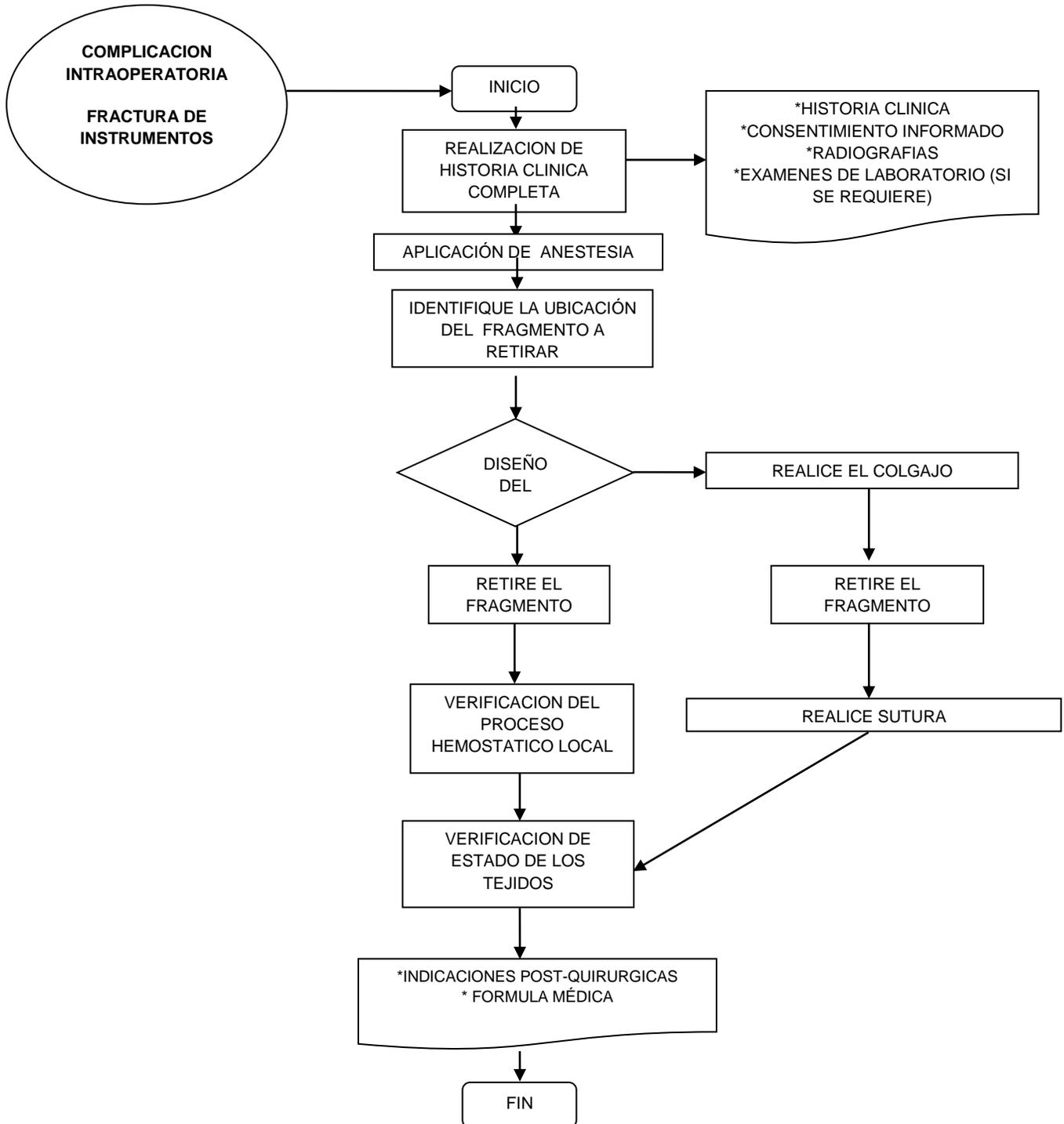
- Hoja de bisturí No. 15
- Periostotomo (Molt 9 ó disector de Freer).
- Separador de colgajo (Separador de Minnesota o Seldin 23)
- Micromotor
- Cánula o eyector adecuados
- Fresas (redondas o troncocónicas, No. 4 ó 5 y/o 702,703)
- Jeringa para irrigación
- Suero fisiológico o agua destilada.
- Elevadores rectos de diferente calibre (p. Ej No. 32,33, otros).
- Elevadores angulados apicales.
- Cureta de Lucas.
- Pinzas de disección para sutura
- Porta-agujas.
- Sutura (Seda o Vicryl 3/0 ó 4/0).
- Tijeras.
- Gasas.
- Esponjas hemostáticas(12).

Manejo Farmacológico

Se orienta al control del dolor y a la antisepsia bucal

- Ibuprofeno 400-600 mg v.o c/6 horas ó Acetaminofén 500 mg v.o cada 4 horas.
- Gluconato de Clorhexidina al 0.2% por 20-30 segundos. Usar 2-3 veces /día. Por cinco días(12).

Flujograma



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 22 de 51

LESION DE TEJIDOS VECINOS (BLANDOS Y DUROS) (CIE-10: K062)

Descripción Clínica

Es la injuria que reciben los tejidos duros y blandos, de manera accidental, con los instrumentos cortantes, rotatorios o de separación(12).

Factores de Riesgo

- Manejo inapropiado de fuerza por parte del operador.
- Movimientos bruscos del paciente.
- Inadecuada visibilidad durante el procedimiento.
- Deterioro de los instrumentos.
- Manejo inadecuado de químicos de esterilización(12).

Se pueden producir lesiones en mejillas, labios, lengua, mucosa palatina, piso de boca, etc. Éstas se deben a descuidos en la aplicación de los fórceps o los elevadores que se pueden resbalar en el curso de las maniobras de la extracción dentaria.

1. Quemaduras ocasionadas por un sobrecalentamiento de las piezas de mano.
2. Lesiones de los labios, suelen producirse por la manipulación inadecuada del fórceps, o de los separadores, así mismo, se pueden lesionar la lengua y el piso de boca
3. Lesiones por agentes químicos: Los agentes químicos que pueden causar lesiones en la mucosa oral suelen ser productos analgésicos que el paciente utiliza para calmar los dolores dentarios. Son frecuentes las úlceras producidas por ácido acetilsalicílico y derivados, por sustancias alcohólicas, etc, y por sustancias que el odontólogo puede usar en la clínica y que de forma involuntaria puede causar una quemadura en la mucosa(1).

Características de la Atención

Para evitar tener lesiones de tejidos blandos o duros durante la realización de exodoncias, es aconsejable, tener previo al procedimiento quirúrgico una historia clínica completa, tener precaución con respecto a la fuerza ejercida sobre los instrumentos empleados en la exodoncia, sobre todo control sobre los tejidos adyacentes; para ello se debe contar con una buena visibilidad del campo quirúrgico y durante el procedimiento estar haciendo revisión de los tejidos duros y blandos y su proximidad con el área que se está tratando.

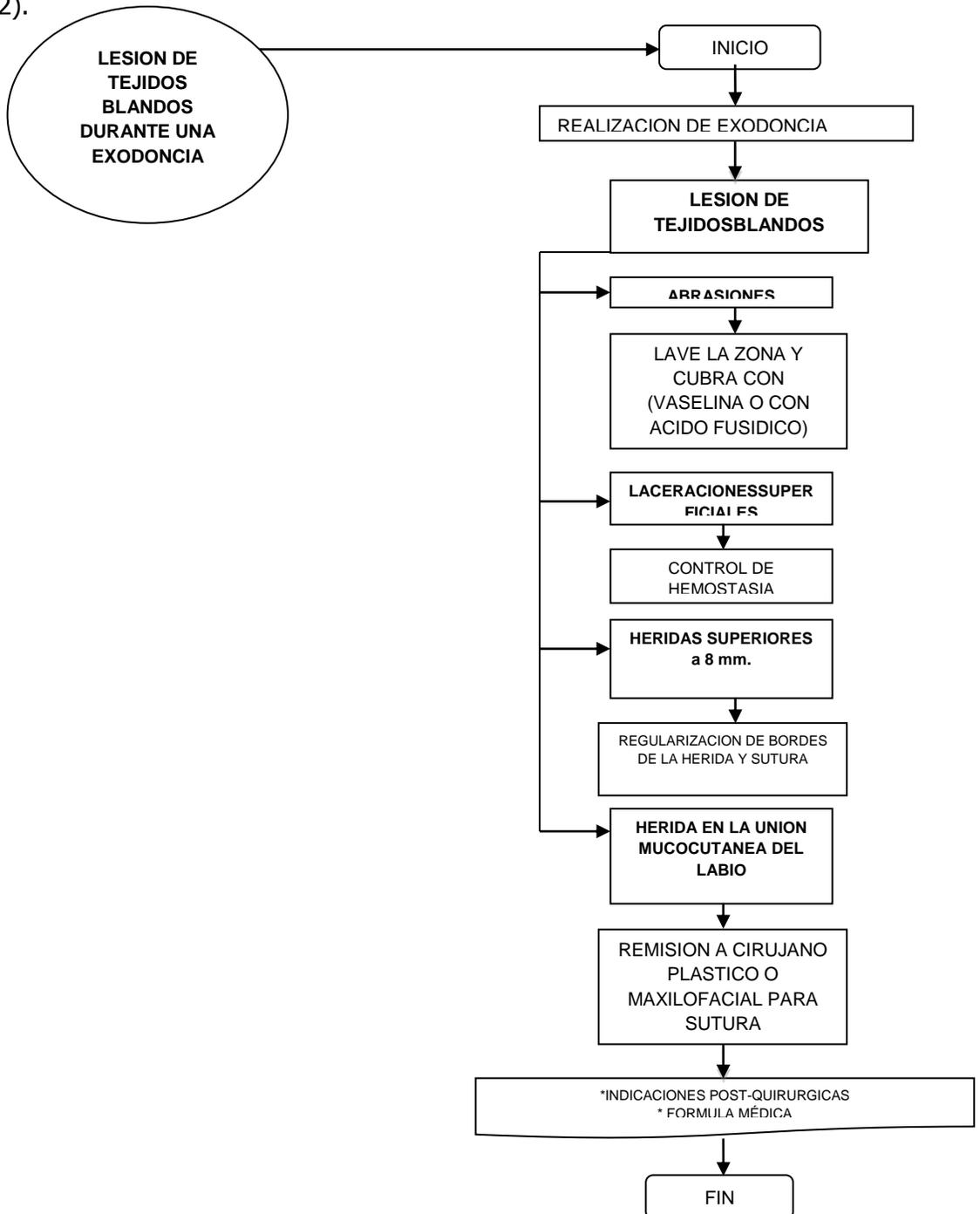
Tratamiento:

- Laceraciones de tejidos blandos requerirán básicamente control de hemostasia y sutura si la longitud de la herida así lo amerita.
- Se sugiere suturar heridas superiores a 8 mm, previa regularización de los bordes de la herida. Se diseña una elipse en el sentido de los pliegues mucosos para prever una herida lineal cuando se suture.
- Si la herida involucra en algún trayecto de su recorrido la unión mucocutánea del labio, se recomienda remitir con especialista, Cirujano Maxilofacial o Cirujano Plástico. (nivel II o III)(12).

Manejo Farmacológico

- Cuando se trate de abrasiones (CIE-10: K031) provocadas con el tallo de una fresa de baja velocidad, lave la zona abrasionada y cubra con vaselina o eventualmente con un ungüento Antibiótico como Acido Fusídico, pomada, aplicar 2 veces/día en el área afectada, onitrofurazona, pomada aplicar 2 veces al día en el área afectada.
- Ibuprofeno 400-600 mg v.o cada 6 horas o Acetaminofén 500 mg v.o c/6 horas(12).

Flujograma:



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 24 de 51

FRACTURA MANDIBULAR (CIE-10: S026)

Descripción Clínica

Es una de las complicaciones menos frecuente pero más severas durante la extracción de terceros molares inferiores (6). Consiste en la pérdida de la continuidad normal de la sustancia ósea en el hueso mandibular por una ruptura parcial o total de el mismo (7).

Factores de Riesgo

Es una complicación poco frecuente, que por lo general se produce en las extracciones de los terceros molares inferiores, especialmente si están en inclusión intraósea profunda a nivel del ángulo de la mandíbula y en segundo lugar a nivel de los premolares inferiores donde el grosor de la mandíbula puede estar reducido por una gran reabsorción ósea. También puede ser posible cuando se aplica una fuerza de forma inadecuada o con una potencia excesiva, y cuando se actúa sobre dientes con patología asociada como hiper cementosis.

Las fracturas son posibles cuando existe alguna alteración patológica del hueso maxilar, como la presencia de grandes quistes, tumores, en trastornos generales de paciente como osteoporosis, alteraciones del metabolismo del calcio, atrofia, osteomielitis, etc(8).

Puede ocasionarse por:

- Fuerzas excesivas y/o mal aplicadas
- Molares incluidos (en posición C de clasificación de Pell y Gregory) muy cercanos al borde inferior.
- Lesiones quísticas o tumores asociados (CIE: 10 K098).
- Altura deficiente del cuerpo mandibular. (Atrofia Alveolar)(12).

Características de la Atención

En pacientes que presenten dientes a extraer con riesgo de fractura mandibular, informe las posibles complicaciones del procedimiento a su paciente y evite realizar el procedimiento si este es de gran complejidad; remítalo al especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, realice previamente una completa historia clínica con sus correspondientes ayudas diagnosticas para evitar posibles fracturas.

Tratamiento

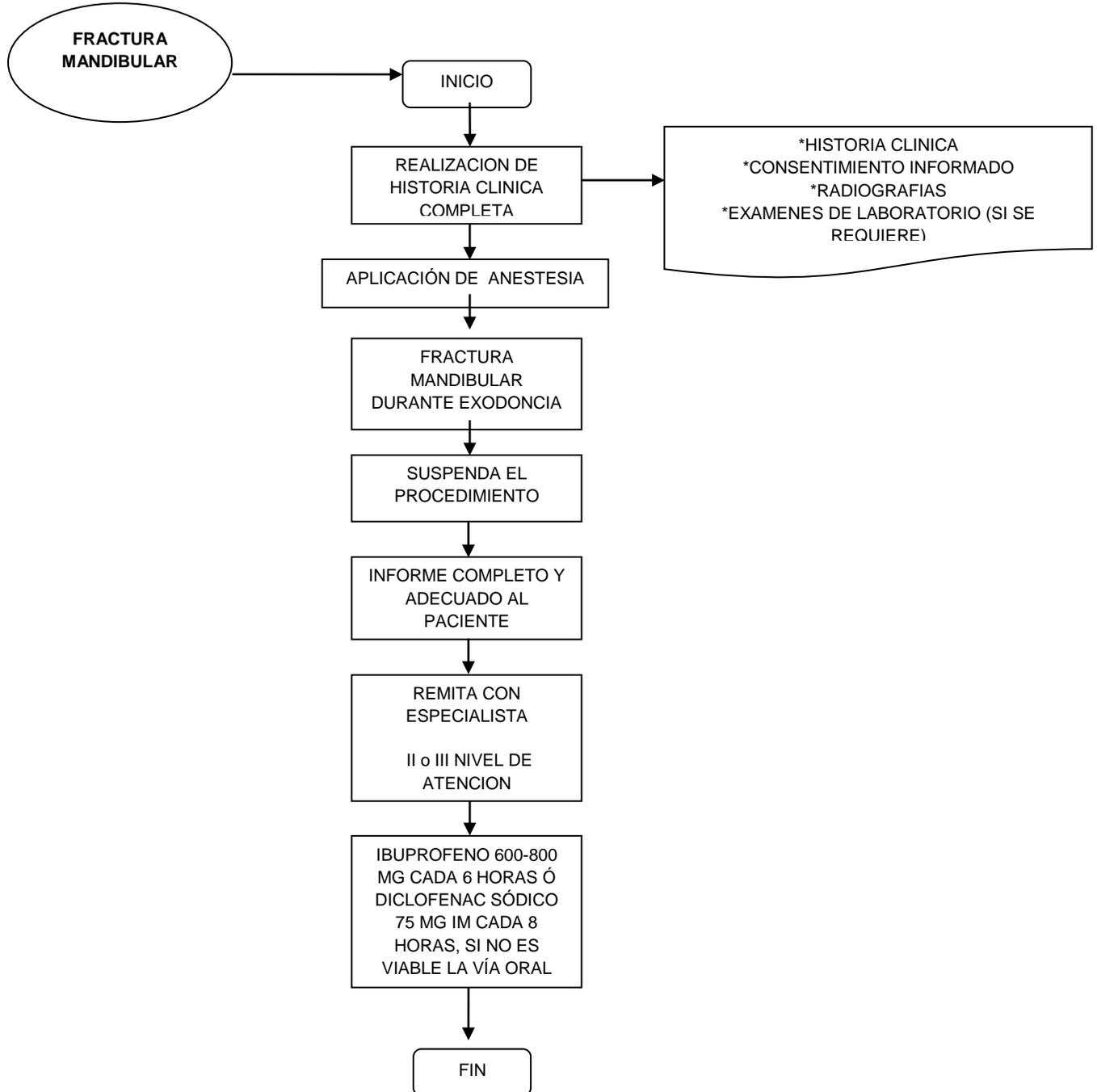
- Suspenda el procedimiento
- Informe completo y adecuado al paciente
- Remita al especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial (nivel de atención II o III)(12).

Manejo Farmacológico

Este manejo debe, en este caso, restringirse a indicaciones de analgésicos como los descritos para exodoncias.

- Ibuprofeno 600-800 mg cada 6 horas o Diclofenaco Sódico 75 mg IM cada 8 horas, si no es viable la vía oral(12).

Flujograma



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 26 de 51

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD (CIE-10: S024)

Descripción Clínica

Consiste en la pérdida de continuidad de la tuberosidad del maxilar superior, durante las exodoncias de terceros molares superiores incluidos o erupcionados, o bien de cualquiera de los molares superiores(12).

Factores de Riesgo

- Dilaceración radicular no evaluada en período preoperatorio.
- Hipercementosis (CIE-10:K034) no evaluada en período preoperatorio.
- Anquilosis dental. (CIE-10:K035)
- Tuberosidad maxilar con predominio exagerado de hueso esponjoso y/o cortical delgada y frágil.
- Fuerza mal aplicada.
- Utilización exagerada del fórceps(12).

Características de la Atención

Al momento de la realización de exodoncias de segundos o terceros molares superiores es importante la realización de una completa historia clínica con previas ayudas radiográficas para identificar las estructuras óseas adyacentes como la tuberosidad del maxilar y la divergencia de las raíces de los dientes a extraer; con el fin de prevenir una posible fractura durante el procedimiento quirúrgico, pues en estos casos se deberá ejercer fuerzas controladas, osteotomía y/o odontosección de ser necesario, para evitar complicaciones de este tipo.

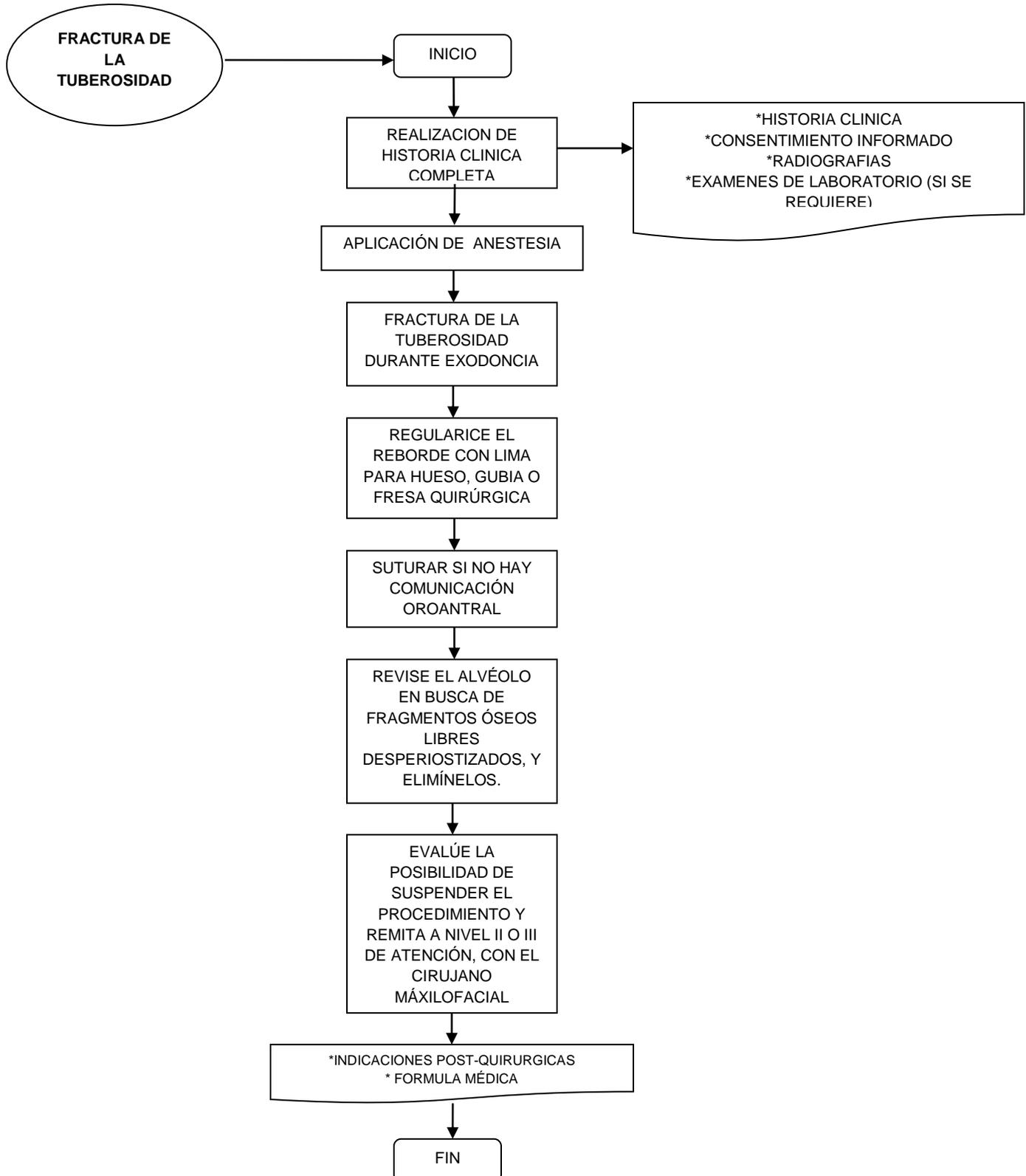
Tratamiento

- Regularice el reborde con lima para hueso, gubia o fresa quirúrgica.
- No requiere manejo especial, excepto suturar, si no hay comunicación oroantral.
- Revise el alvéolo en busca de fragmentos óseos libres desperiostizados, y elimínelos.
- Evalúe la posibilidad de suspender el procedimiento y remita a Nivel II o III de atención, con el Cirujano Oral y Maxilofacial(12).

Manejo Farmacológico

- Ibuprofeno 600-800 mg. C/6 horas. O Diclofenaco Sódico 75 mg. IM C/8horas, si no es viable la vía oral. Según evolución del dolor.
- Delegue la prescripción de antibióticos al cirujano(12).

Flujograma



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 28 de 51

COMUNICACIÓN ORO-ANTRAL (CIE-10: T819)

Descripción Clínica

Es una complicación común después de la extracción de los dientes posteriores del maxilar superior, principalmente por la estrecha relación que existe entre las raíces de estos dientes con el seno maxilar. La frecuencia de comunicaciones oroantrales después de exodoncias superiores reportada en la literatura es de 55% para el primer molar superior, 28% para el segundo molar, 8% para el tercer molar, 5% para el segundo premolar y 3% para el primer premolar.

Como es difícil determinar clínicamente el tamaño de la comunicación oroantral, es preferible realizar el cierre quirúrgico inmediato o en su defecto dentro de las primeras 24 a 48 horas, ya que minimiza el riesgo de sinusitis maxilar y formación de fistulas orosinusales(14). El cierre quirúrgico se realiza usualmente con el desplazamiento de un colgajo mucoperióstico vestibular por parte de un cirujano oral y maxilofacial(15).

Factores de Riesgo

- Neumatosis de Seno Maxilar.
- Alteración del piso sinusal por infección del seno maxilar.
- Dilaceración radicular.
- Hiper cementosis (CIE-10:K034).
- Fuerzas desmedidas con elevador.
- Curetaje irracional del fondo alveolar.
- Lesiones apicales extensas.
- Cortical del piso del seno maxilar delgada(12).

Características de la Atención

La perforación del suelo del seno maxilar puede producirse por causas accidentales, o por causas traumáticas. Las causas accidentales son aquellas en que las raíces de los dientes (más frecuentemente molares y premolares superiores) están anatómicamente en la vecindad del seno y al efectuar la extracción dentaria puede ocasionarse una perforación oro-sinusal. La existencia de infecciones de repetición favorece las perforaciones, ya que existe una inflamación crónica que destruye la zona ósea entre ambas estructuras. Las perforaciones traumáticas son aquellas que nosotros podemos provocar con un elevador, cuando se quiere luxar una raíz o con una cureta al hacer un curetaje agresivo.

Tratamiento

Realice un lavado generoso del alvéolo y succión puntual en fondo alveolar en busca de posibles restos radiculares pequeños o esquirlas óseas.

- Evalúe con radiografías la presencia de posibles fragmentos dentales en el fondo alveolar o en la luz del seno maxilar.
- De ser positivo el hallazgo, antes mencionado, suture el alvéolo y remita al especialista.
- De ser positiva la prueba de Valsalva y negativo el hallazgo de ápices en el seno, coloque una esponja absorbible en el alvéolo, procure una sutura que no se base

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 29 de 51

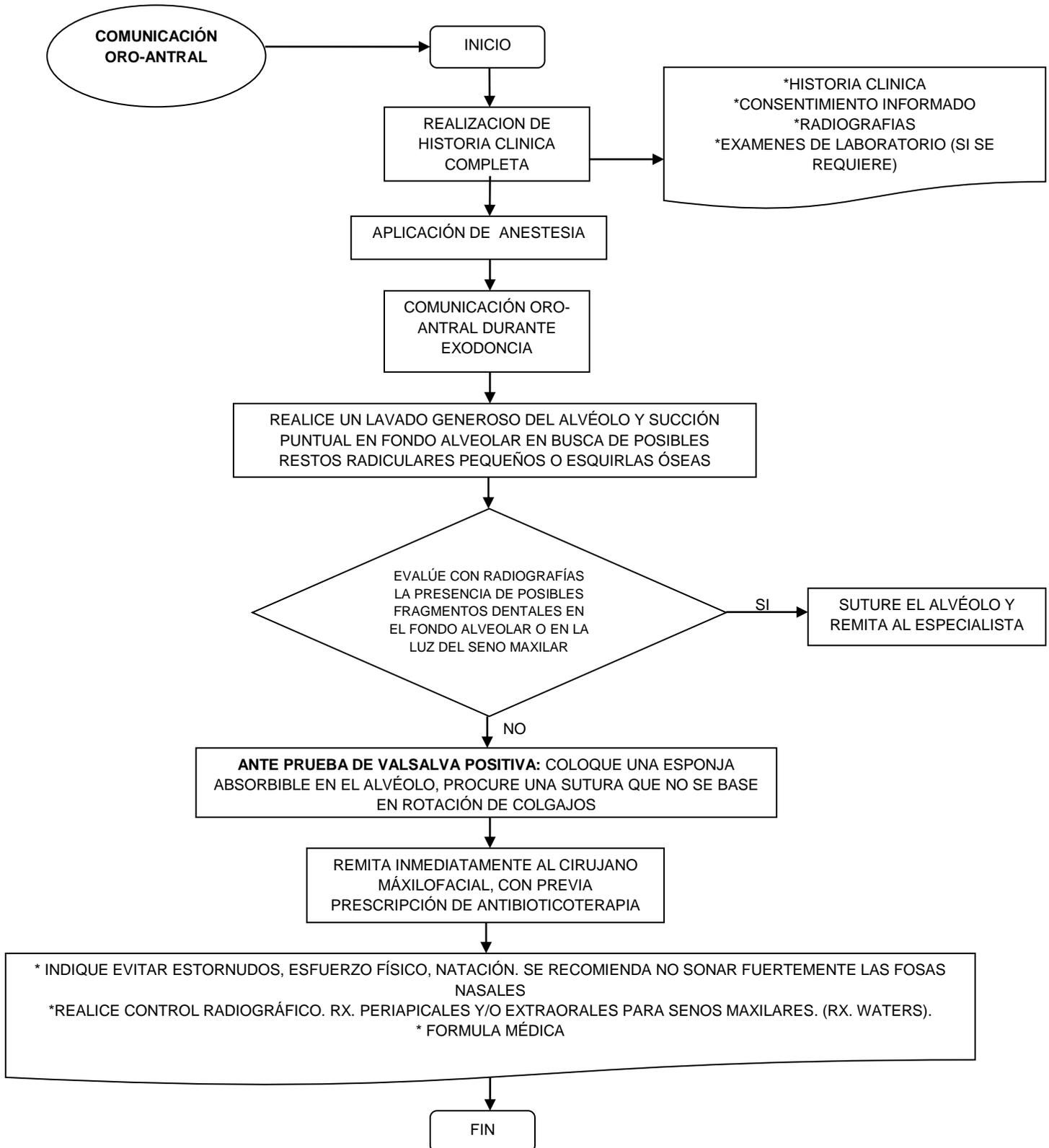
en rotación de colgajos y remita inmediatamente al cirujano oral y maxilofacial, con previa prescripción de antibioticoterapia.

- Indique evitar estornudos, esfuerzo físico, natación. Se recomienda no sonar fuertemente las fosas nasales.
- Realice control radiográfico con radiografías periapicales y/o extraorales para senos maxilares. (Radiografía de Waters)(12).
- El cierre quirúrgico es el tratamiento de elección para el cierre de comunicaciones oroantrales(14). Berger en 1939, fue el primero en describir la técnica de desplazamiento de un colgajo bucal para el cierre de comunicaciones oroantrales(16), el cual debe ser realizada por un cirujano maxilofacial dentro de las primeras 24 a 48 horas (14).

Manejo Farmacológico

- **Primera elección** Amoxicilina, capsulas 500 mg VO, c/8 horas, por 7 días.
- **Segunda elección** Clindamicina, 300 mg VO, c/8 horas, por tres días.
- **Tercera elección** Azitromicina, 500mg, VO, c/24 horas, por tres días.
- Recomiende realizar lavado con solución salina normal tibia y jeringa (sin aguja) por la fosa nasal del lado afectado, 3 o 4 veces en el día(12).
- Ordene el uso de antihistamínicos y antigripales convencionales.

Flujograma



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 31 de 51

DESPLAZAMIENTO DE DIENTES A ESPACIOS PROFUNDOS

Descripción Clínica

Es el desplazamiento de dientes durante la exodoncia bien sea por método cerrado o abierto, a cavidades o espacios profundos(12). El desplazamiento de dientes por iatrogenia se presenta con mayor frecuencia durante el intento de extracción de terceros molares retenidos. Los lugares más comunes asociados a terceros molares desplazados son el seno maxilar el espacio temporal el espacio infratemoporal, el espacio faríngeo lateral, espacio submandibular y el espacio bucal. Por supuesto la anticipación y prevención son primordiales antes de la complicación y una vez se produce e evento la recuperación y reparación ya sea inmediata o tardía es la tarea principal. La maniobra preventiva más adecuada es proporcionar un acceso adecuado, suficiente disección subperióstica para visualizar parte del diente y el hueso subyacente en caso que sea un método abierto(17).

Factores de Riesgo

- Vecindad muy estrecha con espacios anatómicos.
- Inadecuado bloqueo de fondos de colgajos con separadores quirúrgicos.
- Mala orientación de la fuerza al realizar la exodoncia(12).

Características de la Atención

La prevención y el manejo de dientes desplazados requieren de una planificación adecuada y el conocimiento de las técnicas quirúrgicas. La anticipación de los efectos adversos y el conocimiento de estos son imprescindibles para la prevención de los mismos. Algunas medidas preventivas que se deben tomar son las siguientes:

- Acceso quirúrgico adecuado
- Suficiente disección superiostica para lograr una adecuada visualización del campo operatorio
- Control adecuado de las fuerzas de aplicación
- Colocar adecuadamente un paquete de gasas en la garganta para evitar el paso a la faringe (17).
- No aplicar el fórceps a un diente o raíz si no hay suficiente superficie expuesta que permita una correcta prensión bajo visión directa.
- Si se produce la fractura del ápice de la raíz, no intentar su exodoncia a menos que haya una indicación clara para retirarla o que se pueda aplicar una técnica quirúrgica correcta(18).

Tratamiento

- Si el diente o resto dental se puede observar, mejore aún más las condiciones de visibilidad a través de separadores adecuados, luz y succión.
- Procure aprehender el resto dental con una pieza mosquito o utilizando elementos curvos como cureta de Lucas para impulsarlo hacia una zona que facilite su atrapamiento.
- Si lo anterior no es posible, suspenda el procedimiento y remita al especialista en un nivel II o III es lo más recomendable(12).

- Si es posible, tomar una radiografía del segmento dental para documentar la posición y el tamaño(1).
- Informar al paciente la situación y las potenciales complicaciones. Explicarle al paciente que el diente desplazado debe ser removido en un segundo tiempo quirúrgico(1) según lo disponga el especialista.

Manejo Farmacológico

Si logro recuperar el diente como se describió antes, limite su manejo farmacológico a:

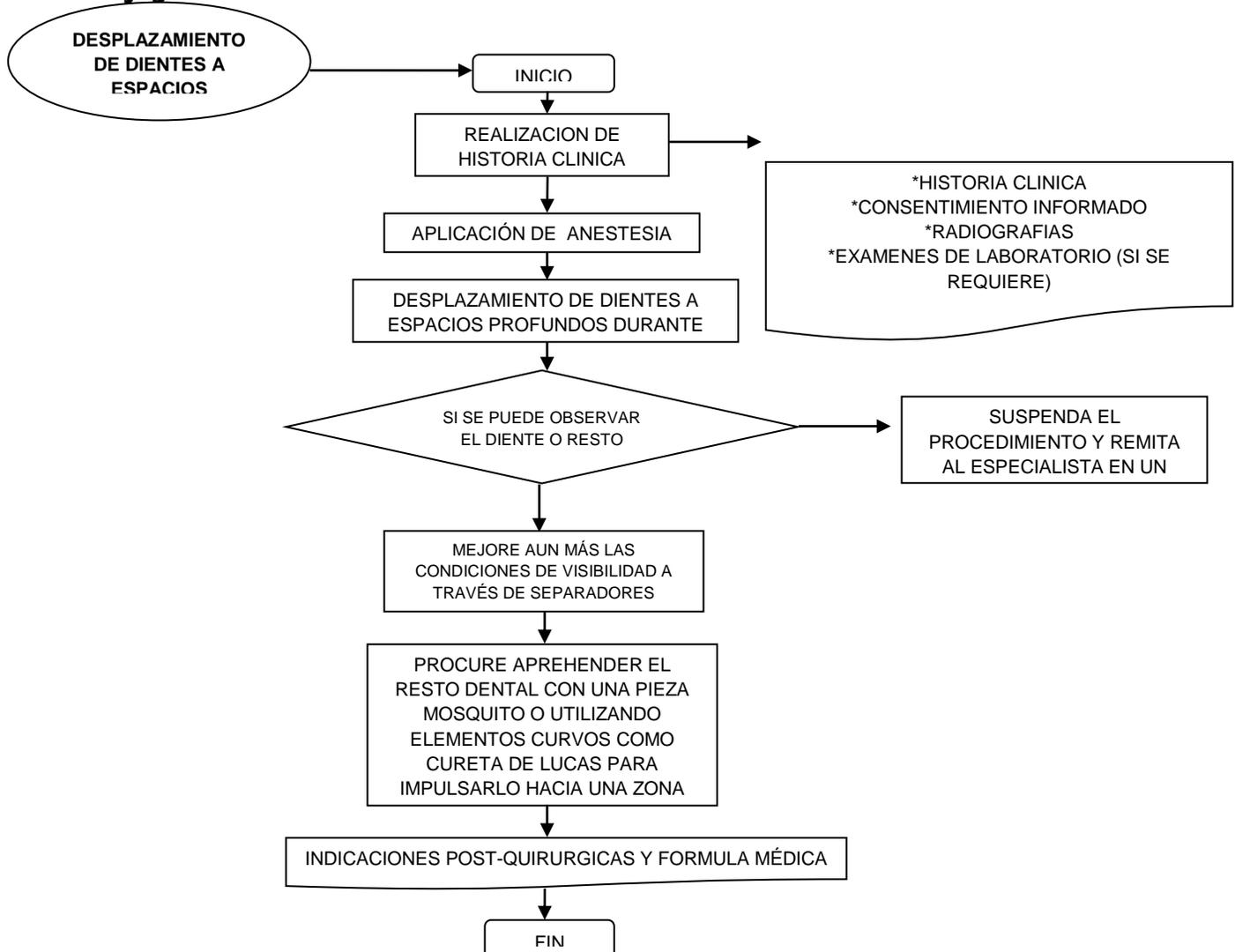
- Terapia analgésica: Ibuprofeno 400-600 mg v.o c/6 horas o Acetaminofén 500 mg v.o c/4-6 horas(12).
- Antibioticoterapia:

Primera elección Amoxicilina capsulas 500 mg, v.o, c/8 horas por 7 días.

Segunda elección Clindamicina 300 mg, v.o, c/8 horas por 7 días.

Tercera elección Azitromicina de 500 mg v.o c/24 horas por 3 días.

Flujograma



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 33 de 51

LUXACION MANDIBULAR

Descripción Clínica:

Es el desalojo del cóndilo mandibular de su cavidad articular durante la exodoncia (12). Durante la apertura bucal el disco articular queda atrapado anterior al cóndilo mandibular que ahora está en contacto directo con la eminencia articular. Esta condición es causada por la rotación adicional del cóndilo más allá de su límite biomecánico, lo que genera la inhabilidad de cerrar la boca bloqueando la mandíbula en una posición prognática e imposibilitando el movimiento vertical de la misma (19).

Se manifiesta como un espasmo brusco y doloroso que obliga al paciente a hacer como acto reflejo un masaje de la articulación comprometida, seguida de imposibilidad para cerrar la boca, ni voluntariamente ni a través de manipulación sencilla (12). El dolor puede ser variable y se incrementa cuando el paciente intenta cerrar su boca. Clínicamente se puede apreciar una depresión en el área preauricular, maloclusión con mordida abierta anterior y contacto solo entre algunos de los dientes posteriores(19).

Factores de Riesgo:

- Predisposición anatómica expresada como hipermetría bucal (apertura extrema) del paciente.
- Aplicación de fuerzas exageradas que desplacen el cóndilo (fórceps).
- Procedimiento muy prolongado(12).

Características de la Atención:

El cóndilo mandibular sobrepasa la eminencia del hueso temporal quedando bloqueado por delante de ella, dejando al paciente con la boca abierta. En esta posición se debe evitar el cierre forzado de la mandíbula, pues se puede generar un espasmo de los músculos elevadores y agravar la dislocación (19). Se debe descender la mandíbula para que el cóndilo mandibular regrese nuevamente atrás de la eminencia del temporal.

Tratamiento:

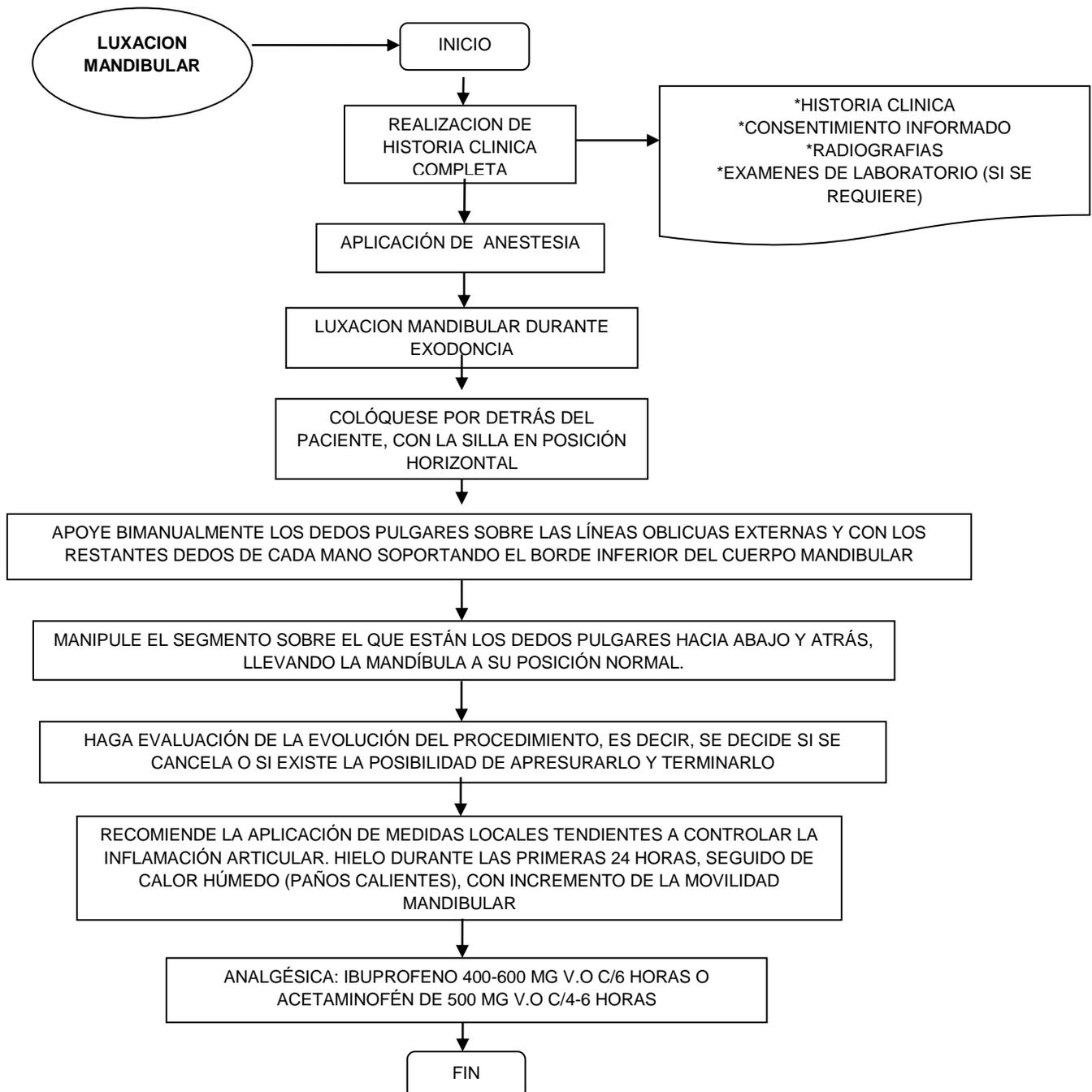
- Reduzca la luxación. La maniobra utilizada consiste en colocar al operador por detrás del paciente, con la silla en posición horizontal, apoyando bimanualmente los dedos pulgares sobre las líneas oblicuas externas y con los restantes dedos de cada mano soportando el borde inferior del cuerpo mandibular. Se manipula a continuación el segmento sobre el que están los dedos pulgares hacia abajo y atrás, llevando la mandíbula a su posición normal. Lo anterior es de fácil ocurrencia si la luxación ocurrió recientemente. Si no es así, la espasticidad de los músculos y ligamentos harán imposible estas maniobras y se requerirá apoyo especializado, para lograr relajación controlada con medicamentos para lograr la reducción de la luxación.
- A continuación haga evaluación de la evolución del procedimiento, es decir, se decide si se cancela o si existe la posibilidad de apresurarlo y terminarlo.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 34 de 51

- Medios físicos: Recomiende la aplicación de medidas locales tendientes a controlar la inflamación articular. Hielo durante las primeras 24 horas, seguido de calor húmedo (pañes calientes), con incremento de la movilidad mandibular(12).

Manejo farmacológico:

- Terapia analgésica: Ibuprofeno 400-600 mg v.o c/6 horas o Acetaminofén de 500 mg v.o c/4-6 horas(12).



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 35 de 51

HEMORRAGIA INTRAOPERATORIA

Descripción Clínica

Sangrado abundante en capa o pulsátil, que puede producirse durante la extracción o inmediatamente después de retirado el diente de su alvéolo(12).

Factores de Riesgo

- Las lesiones crónicas apicales o periodontales no eliminadas provocan sangrados pasivos importantes, en virtud de la gran vascularidad que les confiere su condición de eventos inflamatorios.
- Gingivitis, la gran vascularidad de la encía marginal provoca sangrado anormal.
- Lesión en vasos de mediano o mayor calibre, durante las maniobras de luxación o aprehensión dental, con los instrumentos o bien con los ápices.
- Lesiones vasculares subyacentes.
- Coagulopatías.
- Utilización de medicamentos como antiagregantes o anticoagulantes. Por ejemplo: Ácido Acetil Salicílico, Warfarina, Heparina, otros(12).

Características de la Atención

La hemorragia intraoperatoria ocurre en el 1-6% de la cirugía de terceros molares. Es más frecuente en la exodoncia de los terceros molares inferiores. Entre los factores de riesgo suelen encontrarse pacientes con alteraciones de la coagulación, el nivel de impactación y su relación con el paquete vascular, experiencia del profesional y edad avanzada.

Las medidas de prevención incluyen:

Identificación de los pacientes con alteración de la coagulación de forma previa. El procedimiento quirúrgico debe ser lo más atraumático posible con incisiones limpias y un manejo gentil de los tejidos blandos. Las espículas óseas deben ser suavizadas o removidas. Todo el tejido de granulación debe ser cureteado desde la región periapical y del tejido blando del colgajo. Esto debe ser diferido cuando hay restricciones anatómicas tales como proximidad con el seno maxilar y con el canal alveolar inferior.

La herida debe ser inspeccionada cuidadosamente identificando, si es posible, la presencia de alguna arteria específica sangrante. Si la arteria existe en el tejido blando, el sangrado debe ser controlado con presión directa, o si la presión falla, se debe pinzar la arteria con pinzas hemostáticas y ligarla con sutura reabsorbible. Para la mayoría de los procedimientos en cirugía oral, la presión directa por cinco minutos sobre los tejidos blandos del área sangrante producen completo control.

El cirujano también debe inspeccionar si el sangrado es proveniente del hueso. Ocasionalmente hay un pequeño y aislado vaso sangrante del foramen óseo. El foramen debe ser aplastado con los extremos cerrados de la pinza hemostática para ocluir el vaso sangrante. Una vez esto se ha logrado, el alveolo sangrante debe ser cubierto con una gasa húmeda debidamente doblada para adaptarse directamente en el área en la cual el diente fue extraído. El paciente debe morder firmemente esta gasa por 30 minutos.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 36 de 51

Después de este tiempo el paciente debe abrir la boca y la gasa debe ser removida y el área debe ser inspeccionada cuidadosamente para verificar la presencia o no de sangrado activo. Una nueva gasa debe ser doblada y colocada en posición y el paciente no debe abandonar el lugar durante 30 minutos adicionales. Si el sangrado persiste, el cirujano debe tomar medidas adicionales para lograr la hemostasia. Se pueden utilizar varias técnicas, la primera es insertar una pequeña pieza de esponja de gelatina absorbible (Gelfoam) dentro del alveolo y hacer una sutura en ocho. La esponja de gelatina forma una matriz para la formación del coagulo y la sutura ayuda a mantener la esponja en posición durante la coagulación. Una gaza es colocada sobre la parte más alta del alveolo para que ayude ejerciendo presión. El alveolo también puede ser llenado con esponjas de celulosa oxidada (Oxycel) o celulosa oxidada regenerada (Sugicel)(1).

Tratamiento

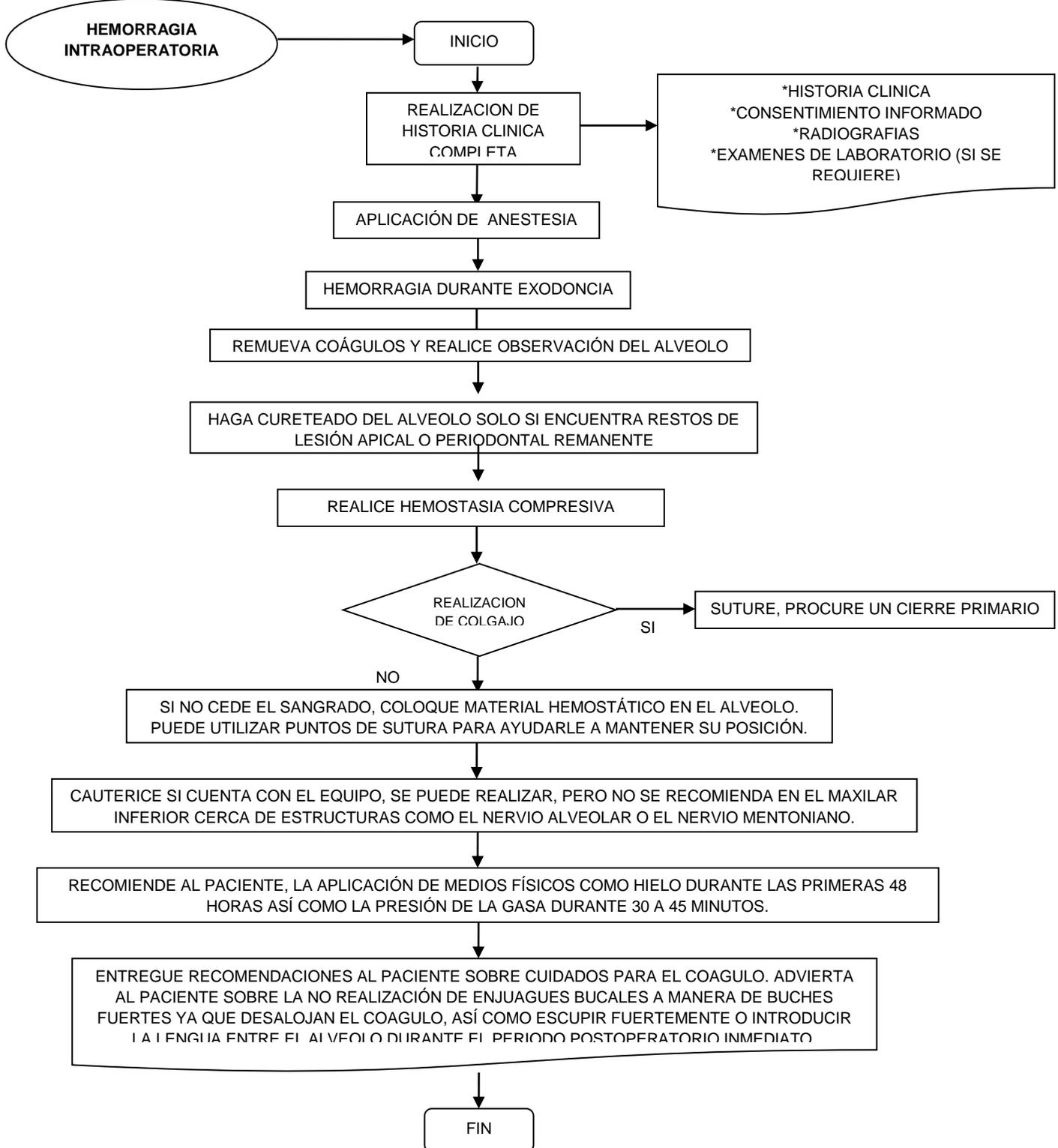
- Remueva coágulos y realice observación juiciosa del alveolo.
- Retire restos de lesión apical o periodontal remanente.
- Realice hemostasia compresiva.
- Suture si realizo colgajo, procure un cierre primario.
- Si no cede el sangrado, coloque material hemostático en el alveolo. Puede utilizar puntos de sutura para ayudarlo a mantener su posición.
- Cauterice si cuenta con el equipo, se puede realizar, pero no se recomienda en el maxilar inferior cerca de estructuras como el nervio alveolar o el nervio mentoniano.
- Recomiende al paciente, la aplicación de medios físicos como hielo durante las primeras 48 horas así como la presión de la gasa durante 30 a 45 minutos.
- Entregue recomendaciones al paciente sobre cuidados para el coagulo. Advierta al paciente sobre la no realización de enjuagues bucales a manera de buchets fuertes ya que desalojan el coagulo, así como escupir fuertemente o introducir la lengua entre el alveolo durante el periodo postoperatorio inmediato.

Manejo Farmacológico

Si tiene a mano utilice procoagulantes o hemostáticos tipo:

- Celulosa oxidada
- Colágeno hemostático
- Esponja de gelatina reabsorbible

Flujograma



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 38 de 51

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS ALVEOLITIS (CIE-10:K103)

Descripción Clínica

Alteración del proceso de cicatrización de un alveolo, caracterizada fundamentalmente por la pérdida total o parcial del coágulo, acompañado de dolor intenso lacinante, irradiado, hemifacial e incapacitante(12).

Factores de Riesgo

- Trauma trans-operatorio
- Infección local subyacente
- Utilización de analgésicos con vasoconstrictor
- Periodos transoperatorios muy largos
- Anestesia intraligamentaria

Factores predisponentes:

- Se considera que varios factores participan directa o indirectamente acelerando el proceso fisiológico de la fibrinólisis; también se atribuye a efecto mecánico local deletéreo sobre el coágulo durante el evento quirúrgico.
- Ingesta anticonceptivos orales. (Estrógenos exógenos).
- Utilización de vasoconstrictor.
- Incidencia mayor en mandíbula, por el tipo de irrigación de la misma.
- Alcoholismo.
- Fumadores. (Nicotina).
- Descuido en el postoperatorio por parte del paciente.
- Falta de sutura en el alvéolo(12).

Características de la Atención

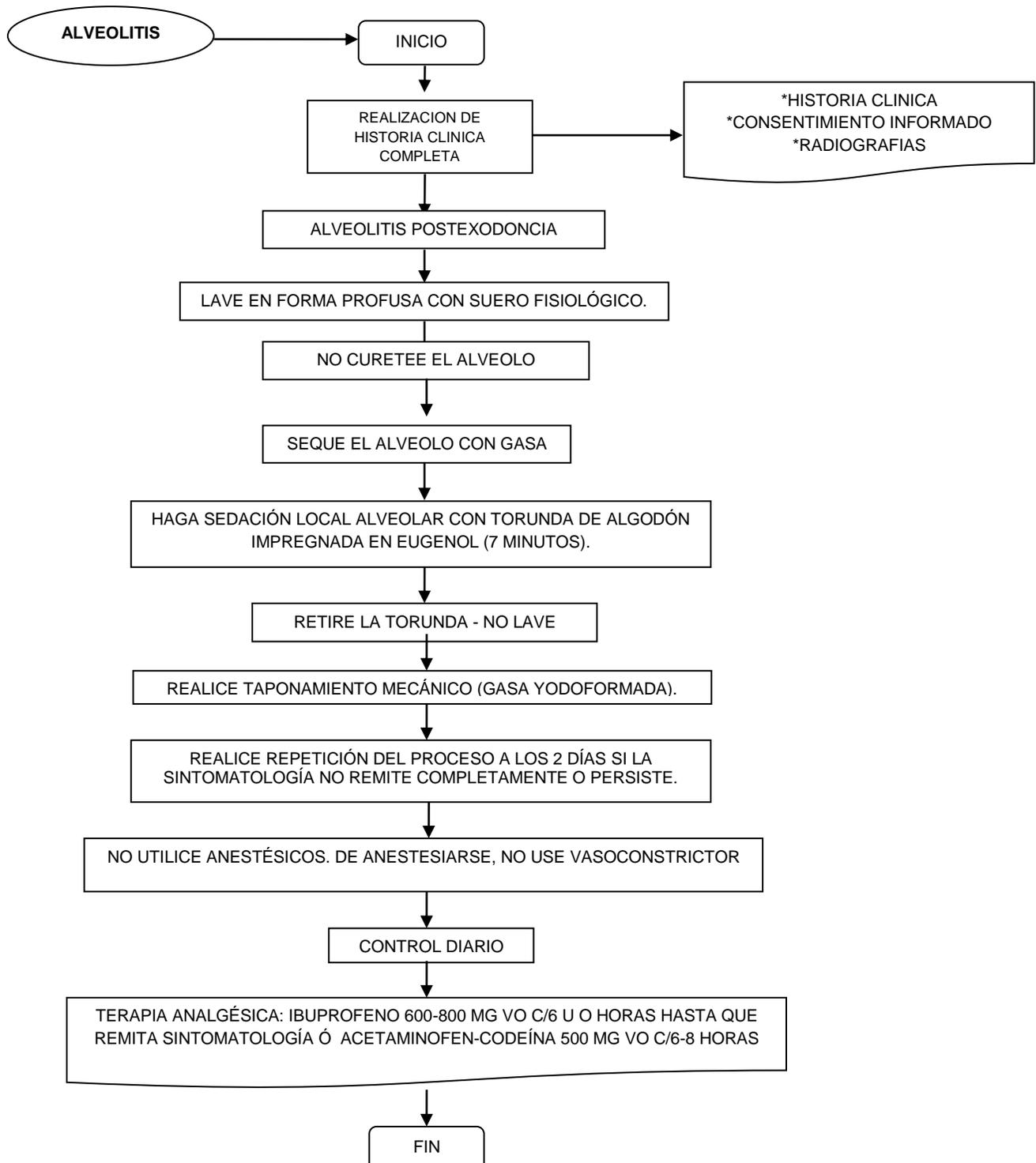
Antes de realizar cualquier tipo de tratamiento se debe considerar que el paciente va a presentar dolor intenso y se debe tomar en cuenta el uso de algún anestésico local y retirar cuidadosamente las suturas del sitio de la extracción si es que las hay.

Tratamiento

- Lave en forma profusa con suero fisiológico.
- No curetee el alveolo.
- Seque el alveolo con gasa.
- Haga sedación local alveolar con torunda de algodón impregnada en eugenol (7 minutos).
- Retire la torunda. No lave.
- Realice taponamiento mecánico (gasa yodoformada).
- Realice eventual repetición del proceso a los 2 días si la sintomatología no remite completamente o persiste.
- No utilice anestésicos. De anesthesiarse, no use vasoconstrictor.
- Control diario(12).

Manejo Farmacológico

- Terapia analgésica: Ibuprofeno 600-800 mg VO c/6 u o horas hasta que remita sintomatología ó Acetaminofén-codeína 500 mg VO c/6-8 horas(12).



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 40 de 51

HEMORRAGIA POSTOPERATORIA

Descripción Clínica

Sangrado inesperado en capa o pulsátil, que puede producirse inmediatamente después de retirado el diente de su alvéolo o bien durante el período postoperatorio inmediato(12).

Factores de Riesgo

- Las mismas causas del transoperatorio.
- Ingesta de medicamentos que intervengan en procesos de coagulación.
- Alteración de procesos de fibrinólisis.
- Coagulopatías.
- Elevación de presión arterial postoperatoria.
- Descuido a las recomendaciones dadas por el odontólogo, tales como presión adecuada con la gasa, invasión del alvéolo con elementos extraños o la misma lengua, enjuagues agresivos que desalojen el coágulo del alvéolo(12).

Características de la Atención

Cuando existen problemas en los procesos de hemostasia, se pueden presentar hemorragias al cabo de varias horas, incluso días, después de haber efectuado la extracción dentaria. Una buena historia clínica nos va a permitir prevenir algunas de estas hemorragias, distinguiendo:

Los pacientes que presentan alteraciones de la coagulación, por déficits de factores y que han sido detectados con anterioridad.

Pacientes que toman medicamentos anticoagulantes, como heparina, o con antiagregantes plaquetarios: Aspirina, etc. Se recomienda ponerse en contacto con el médico tratante del paciente, para establecer cuál es la mejor pauta a seguir para dicho paciente, antes de realizar la exodoncia.

Ante todo paciente que en la historia clínica relate episodios hemorrágicos se deberá realizar, siempre, un estudio completo de la hemostasia, solicitando: cuadro hemático, tiempo parcial de tromboplastina, tiempo de protrombina, recuento de plaquetas.

El recuento de plaquetas varía según el analizador, pero suelen estar entre 200.000 y 400.000/ml. El tiempo parcial de tromboplastina (TPT) es anormal en los trastornos de coagulación de la vía intrínseca. El trastorno que se observa más frecuentemente es la hemofilia (déficit de factor VIII). Una pequeña alteración de este tiempo puede suponer un problema de consecuencias graves. El tiempo de protrombina sirve para conocer la vía extrínseca, y suele ser anormal en hepatopatías.(1).

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 41 de 51

Tratamiento:

Local

- Siga las recomendaciones de manejo local planteadas en el ítem correspondiente en complicaciones intraoperatorias.
- Si resultan inútiles las maniobras, no las prolongue (riesgo de shock hipovolémico en su consulta) y remita al especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial en el Nivel II o III de atención.

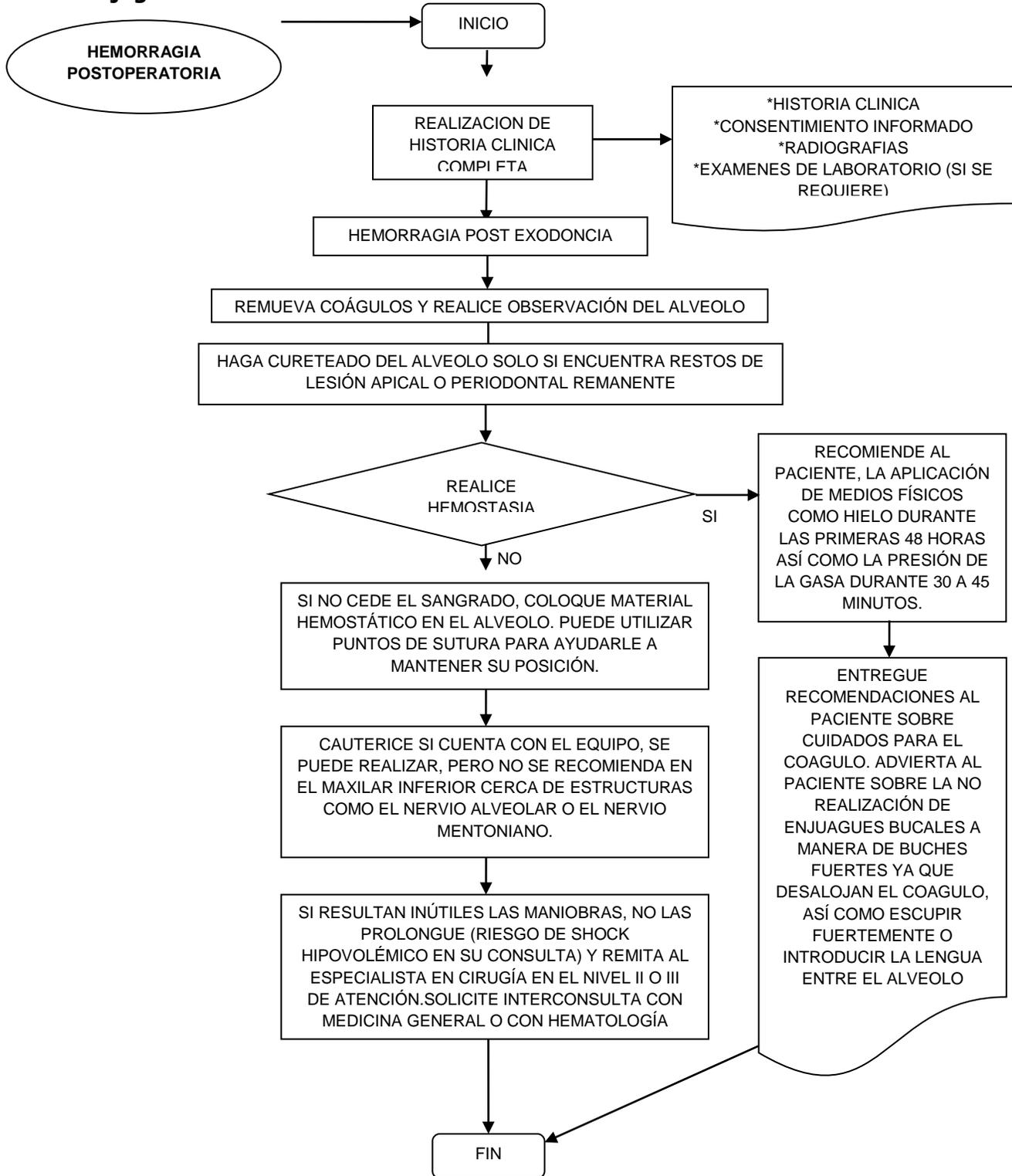
Sistémico

- Evalúe los signos vitales del paciente. En ocasiones el sangrado llega a tener repercusiones en el equilibrio hemodinámico del paciente, generando signos de Hipovolemia, como palidez mucocutánea, sudoración, hipotensión, taquicardia hasta leves alteraciones del estado de conciencia.
- Solicite interconsulta con medicina general o con hematología(12).

Manejo Farmacológico:

No Requiere.

Flujograma



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 43 de 51

EQUIMOSIS

Descripción Clínica

Es la expresión secundaria de sangrado previo subyacente, que migra por planos subdérmicos y que clínicamente se presenta como una mancha inicialmente de color rojo vino seguida de una coloración posterior verde y terminando amarillenta antes de desaparecer espontáneamente. Coincide esta policromía con los diferentes estados de metabolismo de la hemoglobina(12).

Factores de Riesgo

- Sangrado trans o postoperatorio.
- Manejo brusco de tejidos durante el procedimiento.
- Edad avanzada del paciente. La fragilidad y laxitud tisular del paciente mayor, facilita la aparición de las equimosis(12).

Características de la Atención

Se recomienda durante el procedimiento quirúrgico tener cuidado en la manipulación de los tejidos, y hacer uso cuidadoso de los mismos, con el fin de evitar este tipo de complicación.

Para evitar la posible formación de hematomas, podemos aplicar frío a intervalos de 10 minutos, posteriormente a la exodoncia, durante un máximo de 12-24 horas.

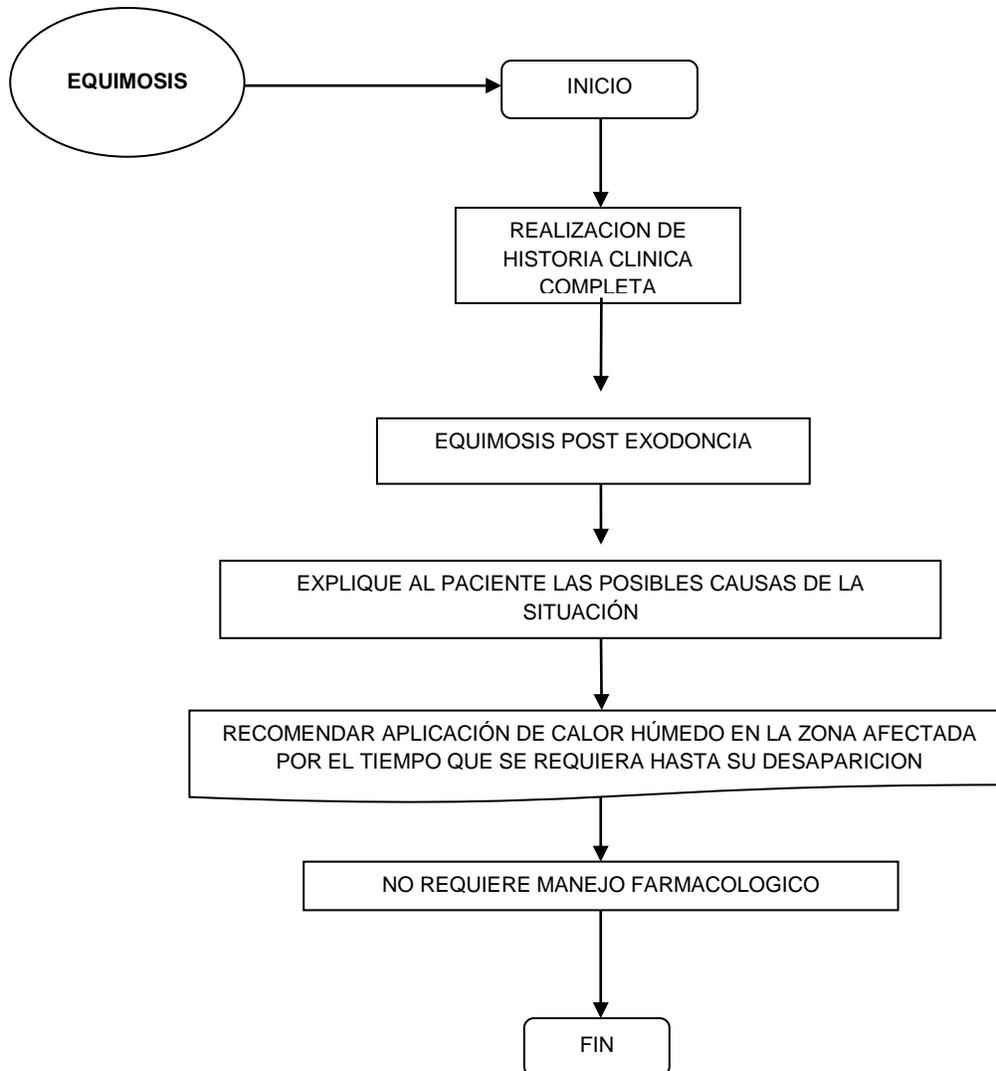
Tratamiento

- Explique al paciente las posibles causas de la situación.
- Sólo requiere aplicación de calor húmedo en la zona.

Manejo Farmacológico

No requiere

Flujograma:



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 45 de 51

EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS

Descripción Clínica:

Los dientes incluidos son dientes que no han erupcionado durante su periodo normal de erupción y permanecen dentro del hueso, parcial o totalmente.

Cualquier diente puede sufrir este proceso de inclusión, pero suele afectar sobre todo a los terceros molares superiores e inferiores, y a los caninos superiores. Esto es debido a que estos dientes son los últimos en erupcionar y, por lo tanto, tienen más problemas de falta de espacio.

EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES IMPACTADOS

Un diente impactado aquel que aún no ha logrado completamente su erupción en la cavidad oral dentro del periodo de tiempo esperado. La variable más asociada con la impactación de terceros molares es un espacio inadecuado en el tejido duro(20).

Clasificación de los terceros molares impactados:

Clasificación de Winter:

Basado en la apariencia radiográfica valora la orientación del tercer molar con respecto al eje longitudinal del segundo molar

1. Mesoangular
2. Distoangular
3. Vertical
4. Horizontal
5. Bucoangular
6. Linguoangular
7. Invertido

Clasificación de Pell y Gregory:

Para la clasificación del tercer molar inferior incluido se tiene en cuenta adicionalmente la clasificación de **Pell y Gregory** que valora la relación del tercer molar con la ubicación con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar, y la profundidad de este dentro del hueso:

Relación del tercer molar con el borde anterior de la rama mandibular:

1. **Clase I:** Espacio suficiente entre borde anterior de rama mandibular y la cara distal del segundo molar que permite albergar el diámetro mesio-distal del tercer molar.
2. **Clase II:** Espacio insuficiente entre borde anterior de rama mandibular y la cara distal del segundo molar que no permite albergar el diámetro mesio-distal del tercer molar en su totalidad
3. **Clase III:** Inclusión del tercer molar en su totalidad dentro de la rama mandibular.

Profundidad del tercer molar:

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 46 de 51

1. **Posición A:** tercer molar al mismo nivel del plano oclusal
2. **Posición B:** tercer molar localizado entre la línea cervical del segundo molar y el plano oclusal.
3. **Posición C:** tercer molar localizado por debajo de la línea cervical del segundo molar(20).

Factores de Riesgo:

Hallazgos encontrados en el examen físico teniendo en cuenta factores como diámetro entre comisuras labiales, apertura oral, relación del tercer molar superior con tuberosidad del maxilar relación del tercer molar inferior con línea oblicua externa y rama mandibular.

Hallazgos en imágenes diagnosticas (Radiografía panorámica), se tendrán en cuenta aspectos como orientación del eje longitudinal del tercer molar y el grado de inclusión, formación radicular, relación del tercer molar superior con estructuras anatómicas como seno maxilar, espacio pterigomaxilar, dientes continuos y la relación del tercer molar inferior con la rama mandibular, el canal del nervio dentario inferior y el borde inferior de la mandíbula(1).

Indicaciones

- Pericoronaritis(8)
- Prevención o patología dentaria del tercer molar semierupcionado o del segundo molar adyacente (1,8)
- Prevención de patología periodontal distal al segundo molar (1,8)
- Reabsorción Radicular de dientes adyacentes (1,8)
- Patología folicular (quistes y tumores odontogénicos)(1,8)
- Consideraciones Ortodónticas(1,8)
- Prevención de fractura mandibular(1,8)
- Previamente a un tratamiento protésico(1,8)
- Previamente a radioterapia mandibular o a inmunosupresión en pacientes con tratamiento quimioterapéutico o en proceso de transplante(8)

Contraindicaciones

- Edades extremas
- Compromiso médico
- Alto riesgo de lesión a dientes y estructuras vecinas
- Consideraciones ortodónticas y prostodónticas(1,8)

Características de la Atención

Todo paciente que necesite realizarse una extracción de los terceros molares, debe tener constancia de este acto en una historia clínica. En ésta, deben aparecer fundamentalmente, los antecedentes patológicos personales con énfasis en las alergias y enfermedades sanguíneas o antecedentes de hemorragia.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 47 de 51

En la evolución se debe reflejar la fecha, si ocurrieron accidentes, así como los medicamentos y solución anestésica que se utiliza. Ante factores de riesgos por enfermedades sistémicas y tratamientos medicamentosos se debe realizar la interconsulta adecuada. Para más información.

Instrumental y Materiales

- Campos quirúrgicos estériles(2 compresas para secado de las manos posterior al lavado, campo fenestrado, campo rectangular, 1 protector para la manguera de pieza de mano de baja velocidad y un protector para la manguera de la succión)
- Solución salina 0.9%
- Hoja de bisturí N° 15
- Gasas estériles
- Jeringa desechable de 20cc
- Guantes quirúrgicos estériles
- Sutura (vicril 3.0 o seda 3.0)
- Mango de bisturí
- Periostotomo (Molt 9 o disector de Freer).
- Separador de colgajo (Minnesota, Seldin 23).
- Fresas quirúrgicas de baja velocidad y tallo largo (truncocónicas # 701, 702, 703).
- Pinzas de disección con y sin garra
- Pinzas mosquito curva y/o recta
- Tijera para tejidos
- Tijera para sutura
- Cánula de succión
- Jeringa carpula
- Agujas para anestesia
- Mango de bisturí No. 3
- Micromotor
- Elevadores rectos de diferente calibre
- Elevadores angulados apicales.
- Cureta de Lucas.
- Pinzas de disección
- Porta-agujas.
- Sutura (Seda o Vicryl 3/0) (13)

Tratamiento

- Asepsia y antisepsia: se realizara mediante enjuagues con sustancia antiséptica tal como clorexidina o yodo plovivinil, la región extraoral será preparada mediante solución de yodo polivinil.
- Lavado de manos: Se realizara lavado de manos durante 5 minutos con jabón
- quirúrgico antibacterial, para este propósito se contara con salida de agua mediante la activación de pedal y dispensador de jabón de activación con el codo, con lo que se garantiza lavado de manos correcto y libre de contaminación,

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 48 de 51

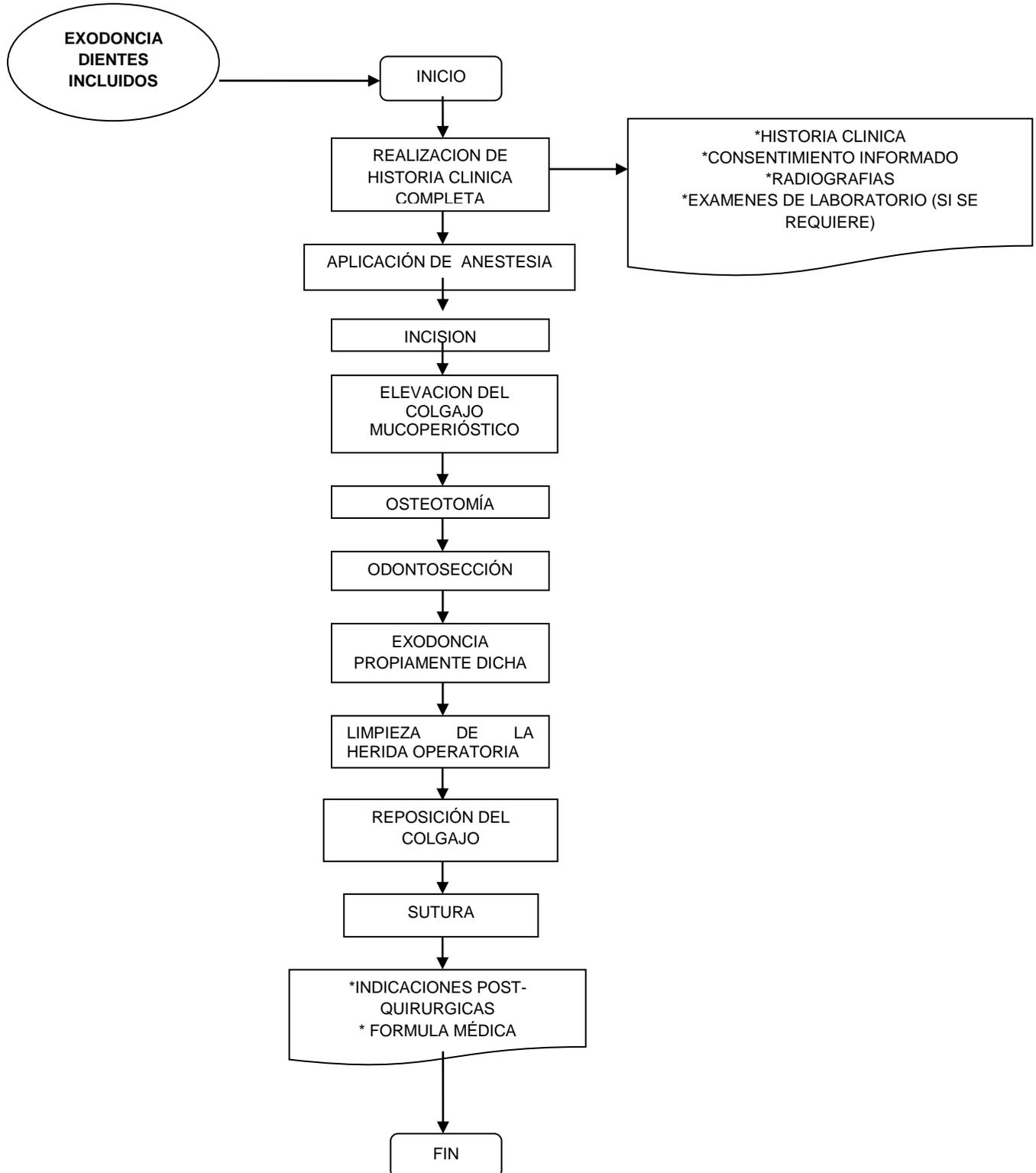
posteriormente el secado se hace mediante la utilización de compresas estériles previamente alistadas en el paquete de campos quirúrgicos.

- Colocación de campos: los campos quirúrgicos se pondrán sobre el paciente al igual que los elementos de protección de manguera de pieza de mano y succión.
- Anestesia: Anestesia local infiltrativa con refuerzo palatino para terceros molares superiores. Anestesia local conductiva de los nervios dentarios inferiores, linguales y largo bucal para terceros molares inferiores.
- Incisión mucoperiostica
- Elevación del colgajo mucoperiostico
- Osteotomía
- Odontosección
- Exodoncia propiamente dicha
- Limpieza de la herida operatoria
- Reposición del colgajo
- Sutura.

Manejo Farmacológico:

- Analgésicos anti-inflamatorios: para su formulación se tendrán en cuenta antecedentes médicos del paciente relacionados con patología gástrica, efectos adversos a medicamentos, interacciones medicamentosas y/o reacciones alérgicas.
Ibuprofeno 400-600 mg V. O c/6 horas ó Acetaminofén 500 mg V. O cada 4 horas
- Antibióticos: para su formulación se tendrán en cuenta antecedentes médicos del paciente relacionados con patología gástrica, efectos adversos a medicamentos, interacciones medicamentosas y/o reacciones alérgicas.
Primera elección Amoxicilina capsulas 500 mg, v.o, c/8 horas por 7 días.
Segunda elección Clindamicina 300 mg, v.o, c/8 horas por 7 días.
Tercera elección Azitromicina de 500 mg v.o c/24 horas por 3 días.
- Enjuagues: se formulara clorexidina enjuague para iniciar en el segundo día postoperatorio.
Gluconato de Clorhexidina al 0.2% por 20-30 segundos. Usar 2-3 veces/día por cinco días(12).

Flujograma:



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 50 de 51

ELABORÓ	<i>Dra. Itali Linero Dra. Luz Mireya Daza</i>	REVISÓ	<i>Invitados y miembros del COVICIDE Dra. Claudia Patricia Castaño Ríos Dr. Víctor Daniel Onofre Dra. Viviana Catalina Ávila Pinzón</i>	APROBÓ	<i>Consejo de Facultad Dr. Manuel Roberto Sarmiento Dr. Juan Norberto Calvo Ramírez Dr. Francisco Javier Acero Luzardo Dr. Gabriel Ignacio Patrón López Dra. Paula Alejandra Baldión Elorza Dra. Ángela Inés Galvis Torres Dra. Martha Esperanza Fonseca Chaparro Dr. Carlos Durán Meléndez Julian Alfonso Orjuela Benavidez</i>
CARGO	<i>Docente Ocasional Auditora en Salud – Coordinadora del Servicio Docente- Asistencial</i>	CARGO	<i>Odontólogo Especialista - Jefe de Clínicas y Laboratorios Docente – Coordinador de Clínicas Técnico Operativo 40805</i>	CARGO	<i>Decano Vicedecano Director de Bienestar Representante de los Profesores Directora Centro de Investigación y Extensión Directora Departamento de Salud Oral. Directora Área Curricular Estudiante Secretario de Facultad Representante Estudiantes de pregrado</i>
FECHA	<i>Enero 28 de 2013</i>	FECHA	<i>15 de Febrero de 2013</i>	FECHA	<i>6 de Marzo de 2013</i>

Bibliografía

1. Petterson L. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. Segunda ed.; 1988.
2. Malamed SF. Handbook of Local Anesthesia. Quinta ed.; 2004.
3. Hurle M. Anestésicos Locales. www.fcn.unp.edu.ar.
4. Manual de Cirugía Bucal. www.es.scribd.com/doc/24063210/Manual-de-Cirugia-Bucal.
5. Plazas A, Matheu E. Fracturas Radiculares Horizontal. www.javeriana.edu.co/academiapgendodoncia/art_revision/i_a_revision54.html.
6. Bodner L, Brennan PA, McLeod NM. Characteristics of iatrogenic mandibular fractures associated with tooth removal: review and analysis of 189 cases. Br J Oral Maxillofac Surg. ; 49(7): p. 567-72.
7. Fractura o Luxación Mandibular. 2012. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000019.htm.
8. Raspall G. Cirugía Oral. 1994 Madrid.
9. García O, Méndez M. Breve Historia de la Cirugía Bucal y Maxilofacial. Revista Humanidades Médicas. 2002 Enero-Abril. www.bvs.sld.cu.
10. Smerilli A, Sacot N. Anestésicos Locales: Historia, Acción Farmacológica, Mecanismo de

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.001
	GUIA DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL BASICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 51 de 51

Accion, Estructura Quimica y Reacciones Adversas. Revista de la Facultad de Odontologia (UBA). 2004. www.odontologia.uba.ar.

11. Lerma C. Revista Colombiana de Cirugia. Asepsia: Historia y Cultura. Centro de Investigaciones Medicas, Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Medellin.Colombia. www.encolombia.com.
12. Aguilera S, Bernal C, Moreno J. Guia de Practica Clinica en Salud Oral - Cirugia Basica. Secretaria Distrital de Salud. 2009. www.saludcapital.gov.co.
13. Dyn H, Weiss A. Exodontia: tips and techniques for better outcomes. Dent Clin North Am. 2012 Enero; 56(1): p. 245-66.
14. Visscher SH, van Roon MR, Sluiter WJ, van Minnen B, Bos RR. Retrospective study on the treatment outcome of surgical closure of oroantral communications. J Oral Maxillofac Surg. 2011 Diciembre; 69(12): p. 2956-61.
15. Visscher SH, van Minnen B, Bos RR. Closure of oroantral communications using biodegradable polyurethane foam: a feasibility study. J Oral Maxillofac Surg. 2010 Febrero; 68(2): p. 281-6.
16. Lazow SK. Surgical Management of the oroantral fistula: flap procedures operative techniques in otolaryngology -- head and neck surgery. 1999; 10(2): p. 148-52.
17. Alexander G, Attia H. Oral maxillofacial surgery displacement complications. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2011 Agosto; 23(3): p. 379-86.
18. Restos Radiculares Desplazados al Seno Maxilar.
http://190.186.18.100/biblioteca/datos/libros/ODONTOLOGIA/CIRUGIA/Tratado_de_Cirugia_a_Bucal/Tratado_de_Cirugia_Bucal00336.html.
19. Kaplan AS. Temporomandibular Disorders. Diagnosis and Treatment. 1991.
20. Rafetto LK, Synan W. Surgical management of third molars. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2012 Septiembre; 20(2): p. 197-223.