

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



DONADO POR D. C. B. - B. C.

INTERVENCION QUIRURGICA DE LOS
TERCEROS MOLARES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

ELMER MOISES MEDECIGO LEINES

México, D. F.

1979

15018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

			PAG.
		INTRODUCCION	12
CAPITULO	I	ANATOMIA, HISTOLOGIA Y FISIOLOGIA DE LOS TEJIDOS BUCALES.	15
CAPITULO	II	DEFINICION Y ETIOLOGIA.	27
CAPITULO	III	CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES Y SUPERIORES RETENIDOS.	29
		a).- Inferiores	
		b).- Superiores	33
CAPITULO	IV	METODOS DE DIAGNOSTICO.	35
		a).- Historia Clínica	35
		b).- Exámenes de laboratorio	45
		c).- Exámenes radiográficos	49
CAPITULO	V	INSTRUMENTAL QUIRURGICO.	55
		a).- Métodos de esterilización	
		b).- Instrumental que se necesita en los tejidos blandos	57
		c).- Instrumental empleado en los tejidos duros	58
CAPITULO	VI	TECNICAS ANESTESICAS.	61
		a).- Locales	63
		b).- Regionales o tronculares	64

CAPITULO	VII	TECNICAS DE EXTRACCION	67
		a).- Técnica empleada en el tercer molar inferior retenido o erupcionado.	
		b).- Técnica empleada en el tercer molar superior retenido o impactado.	72
CAPITULO	VIII	TRATAMIENTO PREOPERATORIO TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO.	73
CAPITULO	IX	COMPLICACIONES Y ACCIDENTES EN EL MOMENTO DE LA CIRUGIA.	82
CAPITULO	X	COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN CON:	89
		a).- Anestesia.	
		b).- Medicamentos.	
		c).- Antibióticos.	
		d).- Hemorragias.	
		e).- Fracturas.	
		CONCLUSIONES	105
		BIBLIOTECA	106

I N T R O D U C C I O N

Consideramos que es de gran interés para el cirujano dentista, tener unas ideas claras sobre el camino a seguir ante el problema de los terceros molares inferiores retenidos, es por eso que he elegido este tema.

Dentro de las anomalías de la dentición, destaca la retención de los terceros molares. Por lo tanto es importante que el Odontólogo tenga los conocimientos necesarios para poder enfrentarse a estos problemas de la manera más acertada.

Este tipo de intervención debe pertenecer solamente a la cirugía bucal y nunca han entrado a formar parte dentro de los límites de las especialidades quirúrgicas, lo cual es un hecho que realza positivamente la importancia de las intervenciones estomatológicas.

Sabemos que el progreso y los conocimientos de la Odontología se han empleado y he de entender, que en nuestra especialidad como en cualquier otra de las ciencias biológicas debe hacerse un estudio metódico de las diversas estructuras anatómicas de la boca y relacionarlas con el estado general del enfermo, puesto que nuestro conocimiento no debe limitarse al estudio exclusivo del diente, sino aplicar los conocimientos científicos al estudio completo del enfermo, para realizar un buen diagnóstico y como consecuencia instituir un tratamiento adecuado y completo. Dicho de otra manera, los estomatólogos deben practicar la medicina bucal. La inspección clínica y la radiología complementarán mi estudio y me permitirán emitir un juicio correcto.

Una vez determinado a realizar la remoción (o más bien dicho, la cirugía de un tercer molar retenido) debo elegir la técnica más apropiada para el caso que estoy viendo, palpando y estudiando clínicamente, -

qué técnica es la que voy a realizar en dicho caso.

Para esto debo tener sólida firmeza y fundamentos, pues sólo el conocimiento pleno de lo que hago dará la confianza y seguridad necesaria para la práctica.

También debemos de estar concientes que en las grandes ciudades y más aún, en los lugares apartados de ellas, es obligatorio para el cirujano dentista, atender y saber tratar correctamente y científicamente la extracción de los terceros molares, incluidos tanto superiores como inferiores.

En nuestro medio existe un alto índice de casos y por considerarse de una cirugía menor, no nos es posible remitir nuestros pacientes con un especialista.

En los capítulos que presento en ésta, doy a conocer una, de tantas formas que hay para llegar a realizar correctamente cada uno de los casos que pudiéramos encontrar en nuestra práctica diaria, en relación con los terceros molares no erupcionados.

HISTORIA BREVE

En su intento de erupción, el tercer molar retenido produce una serie de accidentes patológicos diversos. Estos accidentes tienen lugar en todos los climas, en distintas edades, en ambos sexos y en ambos lados de los cuadrantes, tanto superiores como inferiores, que nos presenta el maxilar y la mandíbula.

Los accidentes citados se producen en individuos de la raza blanca, en los cuales por razones mecánicas como lo es la falta de sitio, se presenta la retención de los terceros molares.

La raza negra está generalmente libre de estos procesos, pues su gran mandíbula permite la erupción normal de todos sus molares y aun de un cuarto molar.

Los accidentes de erupción del tercer molar en la raza blanca y en particular en individuos de nuestro país aumentan cada vez más en intensidad y número en las últimas generaciones.

Se ha observado un ligero predominio del sexo femenino en esta afección, ya que los estados fisiológicos exacerban o despiertan los accidentes.

Respecto a la edad en que tienen lugar estos procesos, varía entre los dieciocho y veintiocho años, aunque se han citado casos de pacientes de quince años (niñas) y ancianos de setenta y tres y ochenta y dos años.

C A P I T U L O I.

ANATOMIA, HISTOLOGIA Y FISIOLOGIA DE LOS TEJIDOS BUCALES.

Estructura Osea del Maxilar Superior.

Consta este hueso de: dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar.

En su cara interna se encuentra una saliente horizontal, llamada Apófisis Palatina, la cara superior de ésta, forma el piso de las fosas nasales y la inferior forma gran parte de la bóveda del maxilar. Y el interno se articula con el borde de la Apófisis Palatina del maxilar opuesto. Este borde en su parte anterior termina en una prolongación que al articularse con la del lado opuesto forma la espina nasal anterior.

Por atrás de la espina nasal anterior, se encuentra un surco que con el otro maxilar forma el conducto Palatino anterior; por él pasa el Nervio Esfeno Palatino.

Por arriba de la Apófisis Palatina se encuentra el orificio del seno maxilar, el cual en estado queda muy disminuido en virtud de la interposición de las masas laterales del etmoides por arriba, el cornete inferior, por abajo, el unguis por delante y la rama vertical del Palatino por detrás.

Por delante del seno se encuentra el canal nasal, que se encuentra limitado en su parte anterior por la Apófisis ascendente del maxilar superior. Esta Apófisis en su cara interna presenta las crestas turbinales superiores e inferiores; la primera se articula con el cornete medio y la segunda con el cornete inferior..

En su cara externa presenta la foveola mirtiforme donde se inserta el músculo de mismo nombre; posteriormente se encuentra la giba canina, por-

detrás y arriba de ésta, se encuentra una saliente llamada Apófisis Piramidal. Esta presenta una base, un vértice que se articula con el hueso molar tres caras y tres bordes la cara superior u orbitaria forma parte del piso de la órbita y lleva el conducto suborbitario.

En la cara anterior se abre el conducto suborbitario por donde sale el Nervio del mismo nombre.

Entre este agujero y la giba canina se encuentra la fosa canina, de la pared inferior salen unos conductillos llamados conductos dentarios anteriores, la cara posterior presenta también canales y orificios llamados agujeros dentales destinados a los gruesos molares.

Borde Anterior.- Arriba de la espina nasal anterior, se encuentra una escotadura que con la del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales.

Borde Posterior.- En su parte baja se articula con la Apófisis Piramidal del Palatino y con el borde anterior de la Apófisis Pterigoides.- Aquí se encuentra el conducto Palatino posterior por donde pasa el Nervio Palatino anterior.

Borde Superior.- Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita.

Borde Inferior.- Borde alveolar.

ESTRUCTURA OSEA DE LA MANDIBULA

Consta de un cuerpo encurvado en forma de herradura y 2 ramas. Por la cara interna del cuerpo en la parte media presenta la Sinfisis Mentoniana, hacia atrás se encuentra el agujero Mentoniano por donde salen vasos y nervios del mismo nombre, mas atrás se observa la línea oblicua externa donde se insertan los músculos triangulares de los labios, cutáneo y cuadrado de la barba.

En la cara posterior cerca de la línea media se encuentran las Apófi-
sis Geni, dos superiores que sirven de inserción a los músculos genioglo-
sos y dos inferiores donde se insertan los genihioides; mas atrás nos en-
contramos con la línea oblicua interna o milohioidea, donde se inserta el
músculo milohioideo por encima de esta línea se encuentra la foseta sub-
lingual, más afuera por abajo de esta línea se encuentra la foseta subma-
xilar que sirve de alojamiento a la glándula del mismo nombre.

En el borde inferior se presentan las fosetas digástricas, lugar de
inserción del músculo digástrico.

El borde superior presenta los alveolos dentarios.

RAMAS DE LA MANDIBULA

En la cara externa de la rama, en su parte inferior se inserta el ma-
setero. En la interna se encuentra el orificio superior del conducto den-
tario, por él se introducen nervios y vasos dentarios inferiores, nos en-
contramos también con la espina Spix sobre la cual se inserta el ligamen-
to esfenomaxilar. Hacia abajo vemos el surco milohioideo donde se alojan-
vasos y nervios del mismo nombre.

En el borde superior nos encontramos con la escotadura sigmoidea si-
tuada entre las dos salientes; por delante la Apófisis y por detrás el -
Cóndilo de la mandíbula.

MUCOPERIOSTIO DEL MAXILAR

El tejido que cubre el reborde alveolar del maxilar es idéntico a la
encia normal en su estructura, está constituido en una capa firme y grue-
sa, de tejido conectivo inelástico denso, adherido al mucoperiostio del -
reborde y cubierto por un epitelio escamoso estratificado.

Este tejido que tiene un espesor de 4 a 8 mm. se extiende desde la tuberosidad del maxilar de un lado, hasta la tuberosidad del otro lado incluyendo la parte anterior del maxilar.

El paladar duro está cubierto en su parte anterior por un tejido denso y resistente que forma las rugas Palatinas, en cambio la mucosa de la parte posterior del paladar duro, es lisa y elástica, es por eso que creo que cuando se haga una extracción de un tercer molar superior retenido facilitaría un poco la cirugía.

MUCOPERIOSTIO DE LA MANDIBULA

La mucosa y submucosa que cubre el reborde alveolar de la mandíbula - presenta características semejantes al superior, destacando en el extremo distal de la zona gingival la almohadilla retromolar, en forma de almendra, que contiene en su centro una pequeña saliente denominada papila piriforme, que es donde se encuentra el tercer molar retenido, ya sea por la mucosa y también por el tejido óseo.

MUSCULOS

Temporal.

Gran músculo de la masticación en forma de abanico que se inserta en su borde superior de adelante hacia atrás sobre la línea temporal inferior de la superficie externa del cráneo. Sus fibras se dirigen hacia abajo y adelante pasando por dentro del espacio que forma el arco cigomático dividiéndose en dos porciones tendinosas separadas entre si. Una superficial que se inserta desde el borde de la apófisis coronoides hasta el nivel del reborde alveolar inferior. Y otra profunda se inserta en la cara interna de la Apófisis coronoides siguiendo hacia abajo por la cresta temporal, Entre las dos porciones tendinosas forman un surco que corresponde a la fosa retromolar a nivel de la cual el hueso queda libre de inserciones.

Inervación.: Por ramas temporales profundas (media y anterior) del nervio maxilar inferior..

Irrigación.: Por las arterias temporales profundas, segunda división de la maxilar interna.

Acción.: La contracción de sus fibras eleva y retrocede la mandíbula.

MASETERO

De forma cuadrangular y aplanado de fuera adentro. En su porción superior sus fibras se insertan en los dos tercios anteriores del arco cigomático dirigiéndose hacia abajo y atrás hasta llegar a insertarse en el ángulo de la mandíbula.

Inervación.: Por la rama maseterina del maxilar inferior.

Irrigación.: Por la segunda división de la maxilar interna de la arteria maseterina.

Acción.: Las contracciones de sus fibras elevan la mandíbula.

PTERIGOIDEO EXTERNO

Sus fibras se dividen en dos porciones, la superior que va del ala mayor del esfenoides hasta llegar al final de la cápsula articular, y la inferior se inserta en la lámina externa de la Apófisis Pterigoides hacia la cápsula articular.

Inervación.: Por la rama Pterigoidea externa del nervio mandibular.

Irrigación.: Por ramas Pterigoideas de la segunda división de la maxilar interna.

Al contraerse sus fibras dirigen la cabeza del cóndilo y el menisco - hacia adelante y adentro. Esta acción coloca a la mandíbula dentro de la posición de masticación.

Si el Pterigoideo externo de un lado se relaja mientras que del otro - se contrae, la mandíbula se moverá hacia una posición lateral.

PTERIGOIDEO INTERNO

Sus fibras se insertan por un extremo en la cara interna del ala Pterigoidea externa y se dirigen hacia abajo y atrás hasta la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula.

Inervación.: Por la rama Pterigoidea interna del nervio mandibular.

Irrigación.: Por la rama Pterigoidea de la segunda división de la maxilar interna.

Acción.: La contracción de sus fibras originan el movimiento de la lateralidad y protrusión mandibular,

BUCCINADOR

De forma irregularmente cuadrilátera, forma la parte posterior de los carrillos y parte de la anterior.

Su borde posterior se inserta en el borde anterior de el ligamento - Pterigomandibular.

Su borde superior se inserta a nivel de las eminencias alveolares a lo largo de los tres molares superiores. Por su borde inferior se inserta en los dos tercios posteriores de la línea oblicua externa uniéndose por detrás al haz tendinoso del temporal.

Llegando hasta el comienzo del lado externo del triángulo retromolar.

En esta área retromolar es donde localizamos los terceros molares inferiores, y la encontramos en el límite posterior del reborde alveolar inferior, donde se une a la rama ascendente mandibular, tiene una forma de almendra y su centro está ocupado por la elevación de la papila piriforme.

Inervación.: Por las ramas del nervio facial.

Irrigación.: Por afluentes de arteria del buccinador, rama de la arteria maxilar interna.

Acción.: Su función es tirar hacia atrás las comisuras labiales. Comprimen la cavidad vestibular ayudando en la acción de soplar y expulsar el contenido alimenticio en esa zona hacia las arcadas dentarias.

MILOHIOIDEO

De forma cuadrilátera, forma el piso de la boca. Está dispuesto en forma horizontal entre los cuerpos de la cara interna de la mandíbula, insertándose por sus bordes externos en la línea oblicua interna mandibular. Por su borde anterior con la sínfisis mentoniana y por su borde posterior con la porción superior del hueso hioides.

Inervación.: Por la rama milohioidea del nervio mandibular (maxilar inferior).

Irrigación.: Por la rama de la arteria sublingual milohioidea y submentoniana.

Acción.: La función que desempeña este músculo es básico en la deglución y principalmente la de bajar la mandíbula.

LA BOCA Y SUS DEPENDENCIAS

La boca está situada en la parte inferior de la cara, entre las fosas nasales y la región suprahioides oval, con su eje mayor en sentido -

antero-posterior, está dividida por los surcos alvéolos dentales en dos porciones (vestíbulo bucal por delante de los arcos y la boca propiamente por atrás), que comunica por los espacios interdetales y retrodentales.

Virtualmente cuando los arcos están en contacto la cavidad bucal se hace real, cuando éstos se separan uno del otro. Su diámetro transversal es de 50 a 65 mm.

Las paredes de la boca, en número de 6 se distinguen en anterior, posterior, superior, inferior y laterales.

Pared Anterior- La pared anterior de la boca está formada por los labios. En número de 2, uno superior y otro inferior; los labios son repliegues músculomembranosos, que ofrecen a nuestra consideración cada uno de ellos dos caras y dos bordes.

La cara anterior presenta en el labio superior un surco subnasal, terminado abajo por el tubérculo del labio superior y limitado lateralmente por dos rodetes y una superficie plana, cuyos pelos, largos y rígidos constituyen el bigote; en el labio inferior, una foveola en la cual se implanta, en el hombre la mosca.

La cara posterior es lisa y está cubierta por la mucosa.

Exteriormente, el borde adherente está limitado en el labio superior por la nariz y el surco renilabial; en el labio inferior, por el surco mentolabial interiormente, y del lado de la cavidad bucal, está limitado por el surco gingivolabial y el frenillo del labio.

El labio libre corresponde a la vez a la mucosa y a la piel; presenta en el labio inferior, una escotadura media, correspondiente al tubérculo del labio superior.

Unidos a nivel de sus comisuras, los labios separados, constituyen el orificio bucal; una vez aproximados, forman la hendidura bucal (47 a 53 mm. de longitud aproximadamente).

Los labios estan constituidos por las cuatro capas siguientes:

- 1.- La Piel.- Gruesa adherente al plano profundo, rico en folículos pilosos.
- 2.- La Capa Muscular.- Comprende el orbicular de los labios (constrictor del orificio) cierto número de músculos cutáneos de la cara (dilatadores) y fibras de dirección ánteroposterior (músculo compresor de los labios).
- 3.- Una capa submucosa.- Tejido conjuntivo y glándulas labiales, perceptibles al tacto por su relieve.
- 4.- Una capa mucosa, grisácea ya abollonada en la cara posterior de los labios.- Delgada, adherente y rosada a nivel de su borde libre. Se compone de corión dermopapilar y de un epitelio muy parecido al del tegumento cutáneo difiriendo del mismo por sus núcleos muy visibles y la ausencia de queratinación corresponde según el punto en que se le considere, a la zona cutánea, a la zona intermedia y a la mucosa propiamente dicha.

Vásculo - Inervación.- Las arterias nacen del círculo formado por la unión a plena luz de las dos coronarias y de algunas otras arterias de la cara (Transversal, Bucal, etc.).

Las venas van a la vena facial y a las venas submentales. Los linfáticos del labio superior van a los ganglios submaxilares; los del labio inferior van parte a los mismos ganglios y parte a los ganglios suprahioides.

Los nervios se dividen en motores y sensitivos; Los nervios motores vienen del facial, los nervios sensitivos proceden del trigémino, terminan en gran parte en los corpúsculos de Krause y tal vez en verdaderos corpúsculos del tacto.

Paredes laterales.- Mejillas: limitadas arriba por la órbita, abajo por el maxilar, delante por los surcos nasogenianos: las mejillas ocupan la mayor parte de la cara, su espesor varía según el estado de gordura de los individuos.

Se considera en ella 2 caras: una interna y otra externa abombada - en el niño, ésta está excavada en los individuos flacos y los viejos (mejilla senil), la cara interna libre en su parte media, está adherida al plano óseo en el resto de su extensión.

Las mejillas están constituidas por:

- 1.- La Piel.- Fina, rica en vasos y en glándulas sebáceas; sus pelos constituyen la barba.
- 2.- Un tejido celular Subcutáneo.- Rico en grasa (que constituye en ese punto una formación especial, la adiposa de Bichat) y que presenta manojos musculares pertenecientes a los músculos cutáneos de la cara.
- 3.- Una capa muscular.- Formada por el masetero y el buccinador, revestidos por sus aponeurosis.
- 4.- La mucosa bucal.- Lisa y provista de algunas glándulas alojadas en el espesor o bien en la cara externa del músculo buccinador, las glándulas molares. Hay que notar, además en la mejilla la presencia del conducto de estornón, que recorre transversalmente, antes de abrirse a nivel del segundo molar superior.

Vásculo - Inervación.- Las arterias de la mejilla proceden de la facial, de la temporal superficial, de la lagrimal y de las ramas de la maxilar interna, las venas van a las venas facial y temporal superficial y al plexo Pterigoideo. Los linfáticos van a los ganglios cervicales superficiales. Los nervios se dividen en motores y sensitivos: los filetes motores vienen del facial y de la mandíbula (Rama Trigémino); los filetes sensitivos vienen del trigémino.

PARED SUPERIOR (BÓVEDA PALATINA)

La bóveda Palatina ósea (por oposición a la bóveda palatina membrana que es el velo del paladar) es una región en forma de herradura, - circunscrita por los arcos dentales.

Ofrece a nuestra consideración: en la línea media un rapé más o menos saliente, terminado hacia adelante por un tubérculo; cada lado y en un tercio anterior, dos crestas transversales mucosas en los dos tercios posteriores papilas y orificios glandulares.

Anatómicamente la bóveda palatina está constituida de arriba abajo por los planos siguientes:

- 1.- Una capa ósea constituida por maxilar y huesos palatinos.
- 2.- Una capa glandular correspondiente a las glándulas palatinas y que apenas existe más que en los cuatro quintos posteriores de la región.
- 3.- Una capa mucosa de color rosado, gruesa y resistente.

Vásculo - Inervación.- Las arterias de la bóveda vienen de la palatina y de la esfeno palatina. Las venas van al plexo pterigoideo, algunas se unen a las venas de la mucosa nasal. Los linfáticos van a parar a ganglios colocados a los lados de la membrana tiroidea . Los nervios nacen - (por el nervio palatino anterior y el esfeno palatino interno) del ganglio esfeno palatino.

PARED INFERIOR

Región sublingual es el espacio comprendido entre las encías y la base de la lengua, triangular con el vértice correspondiente a los incisivos inferiores, esta región representa: el frenillo de la lengua o filete mucoso medio: cada lado de su extremidad posterior, un tubérculo correspondien

te al orificio del conducto de Whorton; los conductos excretorios de la glándula sublingual; dos eminencias simétricas, las corúnculas sublinguales, debidas al levantamiento de las mucosas por las glándulas sublinguales. Nótese que entre la mucosa y el plano muscular profundo de los genioglosos existe el espacio sublingual recorrido por el conducto de Whorton y lleno de tejido conjuntivo, en el cual se ha descrito la bolsa serosa de Fleischman.

PARED POSTERIOR

Velo del paladar amígdalas, la posterior de la boca está formada en su mayor parte por el velo del paladar, en cuyos pilares se hallan las amígdalas.

El velo del paladar, tabique blando móvil y contractil, presenta una dirección antero posterior, primero horizontal, luego oblicua y finalmente vertical.

Vásculo - Inervación.- Las arterias del velo nacen de las palatinas superior e inferior y de la faringea inferior, los sensitivos están formados por los tres nervios palatinos, ramas del nervio esfeno palatino nacido del maxilar (Trigémico).

CAPITULO II.

DEFINICION Y ETIOLOGIA

Existen varias definiciones de terceros molares incluidos, mencionamos algunos

- 1.- Dientes retenidos o incluidos, son aquellos que por variadas causas han quedado dentro de los tejidos blandos u ósea (maxilar o mandíbula) durante su período normal de erupción.
- 2.- Los dientes retenidos son aquellos que una vez llegada su época normal de erupción se quedan encerrados dentro de los maxilares y mantienen la integridad de su saco pericoronario fisiológico. Esta retención se puede presentar en 2 formas:
 - a.- El molar se encuentra completamente rodeado de tejido óseo (retención intraósea).
 - b.- El molar se encuentra cubierto por mucosa gingival (retención subgingival).

Cualquiera de los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios pueden quedar retenidos en los maxilares, pero hay una mucho mayor predisposición para quedar retenidos los caninos y los terceros molares y mucho mayor los terceros molares inferiores que los superiores.

ETIOLOGIA

De acuerdo con el Dr. Berger, las causas de retención son de dos tipos:

- 1.- Locales
- 2.- Sistémicas.

CAUSAS LOCALES:

Dentro de las más comunes están:

- a).- Falta de espacio en los maxilares y mandíbula de poco desarrollo.
- b).- Gran densidad de mucosa que lo cubre.
- c).- Gran densidad de hueso que lo retiene.
- d).- Mal posición de los dientes contiguos.
- e).- Pérdida prematura de la dentición primaria.
- f).- Indebida retención de la dentición primaria.
- g).- Inflamaciones crónicas contiguas.
- h).- Enfermedades adquiridas, tales como necrosis por infección.

CAUSAS SISTEMICAS:

1.- Causas Prenatales:

- a).- Mezcla de razas.
- b).- Herencia.

2.- Causas Post Natales.- Son aquellas en que interfieren en el desarrollo del infante.

- a).- Desnutrición.
- b).- Anemia.
- c).- Raquitismo.
- d).- Sífilis Congénita.
- e).- Tuberculosis.

C A P I T U L O I I I

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES Y SUPERIORE RETENIDOS

La siguiente clasificación sugerida por Pell y Gregory incluye una parte de la clasificación de Gregory B Winter, es una de las mejores.

A.- Relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior y el segundo molar.

Clase I : Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar, para la acomodación del diámetro mesodistal de la corona del tercer molar.

Clase II : El espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III : Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

B.- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Posición a : La porción mas alta del diente está al nivel de la línea oclusal o por sobre ella.

Posición b : La porción mas alta del diente está por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

Posición c : La posición del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

(De la clasificación de Winter)

1.- Posición Vertical.

2.- Posición Horizontal.

3.- Posición Invertida.

- 4.- Posición mesioangular.
- 5.- Posición Distoangular.
- 6.- Posición Vestíbuloangular.
- 7.- Posición Linguangular.

Todas estas posiciones podrán ir acompañadas de las siguientes desviaciones:

- a.- Desviación Vestibular.
- b.- Desviación Lingual
- c.- Torsión.

Posición, desviaciones, cara mesial.

Ocupan dentro de los maxilares posiciones diversas y estas posiciones en que está colocado el molar pueden ser encuadradas en una clasificación con fines quirúrgicos.

El ilustre cirujano americano George B Winter, há dado una brillante clasificación, la cual seguiremos. Winter fue el creador de una técnica quirúrgica, que se encuentra en sus distintos trabajos y en su obra.

Winter a revolucionado las técnicas Quirúrgicas para la extracción de los terceros molares retenidos. En el curso de este capítulo será intercalada la técnica de Winter al lado de las otras que usamos en la exodoncia del tercer molar. Seguiremos el trabajo de Winter por ser una obra maestra que difícilmente podrá ser superada.

- a).- Clasificación de Winter.

Winter ha clasificado los distintos tipos de retención del tercer molar, basándose en cuatro puntos esenciales:

- 1.- La posición de la Corona.
- 2.- La forma radicular.

3.- La naturaleza de la óseoestructura que rodea al molar.

4.- La posición del tercer molar en relación con el segundo.

Se estudiará en el curso de este capítulo la posición del tercer molar retenido, se puede encontrar en el maxilar inferior en distintas posiciones:

- a).- Posición Vertical.- El tercer molar en este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso: Pero lo característico reside en que su eje mayor del segundo y primer molar.
- b).- Retención Horizontal.- En este caso el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.
- c).- Retención Mesioangular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable. (Al rededor de los 45°).
- d).- Retención Distoangular.- Es una forma opuesta a la que antecede. El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama montante; por lo tanto, la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo en que está desviado.
- e).- Retención Invertida.- El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo muy poco común de retención; la denominamos también retención paranormal.
- f).- Retención Bucoangular.- En este tipo el tercer molar ya no ocupa, como en los anteriores el mismo plano que el segundo o el primero sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados estos dos dientes. La corona del molar retenido está dirigida hacia bucal: Posición bucoangular.
- g).- Retención Linguangular.- Como en la posición anterior, el eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados los mola

res anteriores, pero la corona del retenido está dirigida hacia el lado lingual.

Como se ubica el tercer molar en la arcada inferior (Mandíbula), da-
ré las diferentes desviaciones del tercer molar.

Este puede presentar cuatro tipos en relación con la arcada.

- a).- Normal (sin desviación), el tercer molar sigue la forma oval -
de la arcada.
- b).- Desviación Bucal.- El molar está dirigido hacia afuera del óvalo
de la arcada.
- c).- Desviación Lingual.- La desviación del molar tiene lugar hacia -
el lado lingual de la arcada.
- d).- Desviación Bucolingual.- El molar dirigido hacia el lado bucal,-
y su cara oclusal desviada hacia la lengua.

Relación del molar retenido con el borde anterior de la rama.

El tercer molar puede guardar, con respecto a la rama montante del ma-
xilar, una relación variable, relación que Pell y Gregory han clasificado en
tres clases, las que están en directa dependencia con el acto quirúrgico.

Clase 1°.- En la primera clase, hay suficiente espacio entre el borde
anterior de la rama montante y la cara distal del segundo molar para ubicar
con comodidad el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 2°.- En la segunda clase, el espacio que existe entre el borde -
anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo, es menor que-
el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 3°.- En la tercera clase, todo o la mayor parte del molar se en-
cuentra ubicado en la rama.

En el tercer molar hay cierta profundidad relativa en el tejido óseo.

Los mismos autores, considerando la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, es decir, la relación de altura entre la cara tritru - rante del tercer molar y la cara triturante del segundo molar, estudian - tres posiciones, que son las siguientes:

Posición A).- La porción más alta del tercer molar retenido se en - cuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal.

Posición B).- La porción más alta del tercer molar retenido se encuen - tra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

Posición C).- La parte más alta del diente se encuentra al mismo ni - vel, o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

B).- TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

Las diferentes posiciones del tercer molar superior retenido también son clasificadas para fines quirúrgicos. Su retención puede ser intraósea o submucosa y pueden estar total o parcialmente retenidos°.

A continuación enumeraré las diferentes posiciones en que se encuen - tra, el tercer molar superior retenido que son las siguientes:

POSICION VERTICAL

El eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor del segundo. Puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

POSICION MESIOANGULAR

El eje mayor del tercer molar está dirigido hacia mesial por lo tan - to la raíz del molar está vecina a la Apófisis Pterigoides.

Por esta razón es muy frecuente la caries en la cara distal de la raíz o corona del segundo molar superior.

POSICION DISTOANGULAR

El eje mayor del tercer molar esta dirigido hacia distal o sea hacia la tuberosidad del maxilar, puede o no estar en contacto la cara oclusal del tercero con la Apófisis Pterigoides.

POSICION HORIZONTAL

El eje mayor del tercer molar dirigido hacia el carrillo, ocasionando una úlcera; o la cara oclusal puede estar dirigida hacia la bóveda palatina.

POSICION PARANORMAL O INVERTIDA

Cualquier posición que no entre en la clasificación anterior. (ocupa en esta posición la corona se encuentra hacia apical (Raices) y las raíces hacia oclusal).

CAPITULO IV.

MÉTODOS DE DIAGNOSTICO

A.- Historia Clínica.

Existen diversas y muy valiosas formas para elaborar la historia clínica, la anotación H . C . , se considera como requisito muy indispensable en la práctica diaria en nuestro consultorio o clínica.

Se han fijado ya muchos Médicos C . D . , que deben existir varios puntos de mucha importancia en una H . C . , pero a continuación mencionamos 4 puntos muy importante:

- a).- Tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicaría el estado general del paciente, ni su salud.
- b).- Averiguar si la presencia de alguna enfermedad, o la toma de de terminados medicamentos destinados a su tratamiento pueden en - torpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado a su - paciente.
- c).- Detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento espe- cial.
- d).- Conservar un documento gráfico que pueda resultar útil en el ca so de reclamación judicial por incompetencia Profesional.

La H . C . , que a continuación se presenta está basada en el cuestio nario usado por la cátedra de cirugía bucal que se imparte en la (Clínica Vallejo), perteneciente a la U. N. A. M., el motivo por el cual la publi- camos, se debe que gran cantidad de estudiantes así como de Cirujanos Den- tistas, se encuentran no (relacionados) con ésta.

HISTORIA CLINICA

1.- FICHA DE IDENTIFICACION.

NOMBRE _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

SEXO _____ EDAD _____

ESTADO CIVIL _____ DOMICILIO _____

TELEFONO _____

Ocupacion _____ DOMICILIO _____

TELEFONO _____

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES _____

FECHA DE LA ULTIMA CONSULTA AL ODONTOLOGO _____

AL MEDICO _____

CONSTITUCION FISICA _____

CONFORMACION:

TAMANO DE LA CABEZA _____

CARA: FORMA _____ TEZ _____

ESTADO DE LA SUPERFICIE _____

DEFORMACIONES _____

MOVIMIENTOS ANORMALES _____

ARMONIA DE LAS PORCIONES DE LA CARA _____

2.- ANTECEDENTES FAMILIARES.

GENERALIDAD _____ OBESIDAD _____

HIPOTENSION _____ HIPERTENSION _____

CONSISTENCIA _____ SUPERFICIE _____

TEMPERATURA _____ DEFORMACIONES (ETIOLOGIA) _____

c).- MUCOSA:

FORMA _____ VOLUMEN _____

CONSISTENCIA _____ COLOR _____

SUPERFICIE _____ TEMPERATURA _____

DEFORMACIONES (ETIOLOGIA) _____

d).- MAXILAR:

PARODONTO: ENCIA INSERTADA _____ LIBRE _____

FORMA _____ VOLUMEN _____

_____ CONSISTENCIA _____

INFLAMACION _____ EDEMA _____

CALCULOS _____ BOLSAS PARODONTALES _____

PLACA DENTOBACTERIANA _____

PALADAR; FORMA _____ VOLUMEN _____

CONSISTENCIA _____ COLOR _____

SUPERFICIE _____ EXOSTOSIS _____

RESORCIONES _____ SOLUCION DE CONTINUIDAD _____

PROFUNDIDAD DE LA BOVEDA _____

TUBEROSIDAD DEL MAXILAR _____

FORMA DEL ARCO _____ EXT. LONG. _____

TAMAÑOS DE LAS AREAS DE SOPORTE _____

CARDIOPATIAS _____ HEMOFILIA _____

DIABETES _____ NEFROPATIAS _____

SIFILIS _____ TUBERCULOSIS _____

ALERGIAS _____ NEOPLASIAS _____

PADECIMIENTOS NERVIOSOS _____

CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DE LOS ABUELOS, PADEES, HERMANOS, CONYUGES, HIJOS

Y COLATERALES _____

3.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

ALIMENTACION _____ PESO _____

DEPORTAS _____ HIGIENE _____

TABAQUISMO _____ ALCOHOLISMO _____

TOXICOMANIAS _____ MOVIMIENTOS ANORMALES _____

4.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

ALTERACIONES CONGENITAS _____

VARIACION EN EL PESO _____ ASTENIA _____

AMIGDALITIS _____ ANOREXIA _____

FLEBITIS _____ OTITIS _____

PALUDISMO _____ REUMATISMO _____

TUBERCULOSIS _____ PARASITOS INT. _____

ULCERAS _____ FIEBRE _____

ENFERMEDADES VENEREAS _____ NEOPLASIAS _____

ANEMIA _____ CRISIS CONVULSIVAS _____

5.- ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS MEDICOS Y QUIRURGICOS.

PENICILINA _____ CORTICOIDES _____ LAXANTES _____
ANTIACIDOS _____ ANTIREUMATICOS _____
ANESTESICOS GENERALES _____ LOCALES _____
ESTIMULANTES _____ DEPRESORES _____
INTERVENCIONES QUIRURGICAS _____
RESISTENCIA A LAS INFECCIONES _____

6.- MOTIVO DE LA CONSULTA.

PADECIMIENTOS ACTUALES _____

EXPLORACION DE LA ZONA AFECTADA _____

7.- ESTADO ACTUAL.

a).- LABIOS:

FORMA _____ VOLUMEN _____
CONSISTENCIA _____ COLOR _____
ESTADO DE LA SUPERFICIE _____
TEMPERATURA _____ MOVIMIENTOS ANORMALES _____
DEFORMACIONES (ETIOLOGIA) _____

b).- CARRILLOS:

VOLUMEN _____ COLOR _____

INSERCIONES MUSCULARES _____

GLANDULAS SALIVALES _____

e).- MANDIBULA:

PARQUINTO: ENCIA INCERTADA _____ LIBRE _____

FORMA _____ VOLUMEN _____ CONSISTENCIA _____

PUNTILLO _____ INFLAMACION _____

LEMA _____ CALCULO _____

BOLSAS PARODONTALES _____ PLACA DENTOBACTERIANA _____

FORMA DE LA MANDIBULA _____ VOLUMEN _____

CONSISTENCIA _____ COLOR _____

SUPERFICIE _____ EXOSOSTOSIS _____

RESORCIONES _____ SOLUCION DE CONT. _____

EXTENSION LONGITUDINAL _____ ESPACIO RECTOMOLAR _____

FORMA DEL ARCO _____ AREAS DE SOPORTE _____

INSERCIONES MUSCULARES _____

PISO DE LA BOCA (GLANDULAS) _____

f).- LENGUA:

FORMA _____ VOLUMEN _____ CONSISTENCIA _____

COLOR _____ SUPERFICIE _____ TEMPERATURA _____

MOVIMIENTOS ANORMALES _____ RESTRINGIDOS _____

g).- RELACION DE LOS MAXILARES Y MANDIBULA:

ORTOGNATICO _____ PROGNATICO _____

RETROGNATICO _____

h).- SALIVA:

CANTIDAD _____ CONSISTENCIA _____

COLOR _____ OLOR _____

ANTECEDENTES DE LA OPERATORIA DENTAL _____

ANTECEDENTES ENDODONTICOS _____

ANTECEDENTES PARODONTICOS _____

ANTECEDENTES DE APARATOS PROTESICOS _____

ANTECEDENTES DE APARATOS ORTODONTICOS _____

ANTECEDENTES DE CIRUGIA BUCAL _____

8.- ORGANOS DE LOS SENTIDOS:

GUSTO _____ OLFATO _____

VISION _____ AUDICION _____

TACTO _____

9.- ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR:

ANTECEDENTES TRAUMATICOS _____

RUIDOS _____ DOLOR _____ ANQUILOSIS _____

BRUXISMO _____ ALTERACIONES PATOLOGICAS _____

OTROS _____

10.- ESTUDIO DE APARATOS:

a).- DIGESTIVO:

ANOREXIA _____ DESNUTRICION _____
ESOFAGO _____ DISPEPSIA _____
HIPOCLORIDIA _____ TRANSITO INTESTINAL _____
HALITOSIS _____ EVACUACION INTESTINAL _____
ICTERICIA _____ HIPOVITAMINOSIS _____
DOLOR _____ NEOPLASIAS _____

b).- RESPIRATORIO:

OBSTRUCCION NASAL _____ TOS _____
SINUSITIS _____ EPISTAXIS _____
SIBILANCIA _____ HEMOPTISIS _____
DISPNEA _____ EXPECTORACION _____
DOLOR _____ CIANOSIS _____
DISPNOIA _____ LENGUAJE _____
OZENA _____

c).- CIRCULATORIO:

PRECORDIALGIAS _____ PRESION ARTERIAL _____
PALPITACIONES _____ DISNEA _____
CIANOSIS _____ SINCOPE _____
VARICES _____ EDEMA _____
OTROS _____

d).- GENITOURINARIO:

INICIO DE LA PUBERTAD Y EVOLUCION EN EL HOMBRE

INICIO DE LA PUBERTAD Y EVOLUCION EN LA MUJER

EMBARAZOS _____ ABORTOS _____ LACTANCIA _____

MENSTRUACION _____ MENOPAUSIA _____ NEOPLASIAS _____

DIURESIS EN 24 HS. _____ No. DE MICCIONES _____

DOLOR LUMBAR _____ OTROS _____

11.- ESTUDIO DE SISTEMAS:

a).- ENDOCRINO:

DESARROLLO ESTATURAL _____ ACNE _____

HIPERTRICOSIS _____ DIABETES _____

BOCIO _____ HIPERTIROIDISMO _____

b).- NERVIOSO:

PARALISIS _____ PARESIAS _____

PARESTESIA _____ HIPOESTESIA _____

ANESTESIA _____ HIPERESTESIA _____

ATROPIA _____ TEMBLORES _____

SENSIBILIDAD _____ ALERGIAS _____

CEFALEA _____ EXITABILIDAD _____

DEPRESION _____ ANSIEDAD _____

SUEÑO _____ MEMORIA _____

PROBLEMAS PSICOSOMATICOS _____

12.- ESTUDIOS RADIOGRAFICOS E INTERPRETACION:

PERIAPICALES O INTERPROXIMALES _____

OCCLUSALES _____

EXTRORALES _____

PANORAMICA _____

CEFALOMETRIA _____

OTRAS _____

13.- RESULTADOS DE LABORATORIO:

BIOMETRIA HEMATICA _____

QUIMICA SANGUINEA _____

TIEMPO DE SANGRADO _____

TIEMPO DE COAGULACION _____

TIEMPO DE PROTROMBINA _____

TIPIFICACION SANGUINEA _____

PROEBA SERO-LUETICA: _____

ANTIESTREPTOLISINAS (CULTIVOS) _____

GENERAL DE ORINA _____

OTRAS _____

14.- DIAGNOSTICO _____

15.- PRONOSTICO _____

16.- PLAN DE TRATAMIENTOS _____

EXPLORACION ARMADA:

DIENTE	CARIES	PARODONTOPATIAS	MOVILIDAD	ANOMALIAS DEINTARIAS
3	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
1	_____	_____	_____	_____
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____

3	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
1	_____	_____	_____	_____
1	_____	_____	_____	_____
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____

FECHA DE INICIACION DEL TRATAMIENTOS : _____

FECHA DE TERMINACION DEL TRATAMIENTOS: _____

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL DOCTOR

b).- EXAMENES DE LABORATORIO

Biometría Hemática.- Es el estudio, o resultado que se obtiene de un paciente con muestras de sangre.

Eritrocitos Hombre ; 4.5 a 6 millones por cm^3 .

 Mujer ; 4 a 5.5 millones por cm^3 .

Cuando existen menos hay anemia, y cuando existen más hay Poliquetulia.

Hemoglobulina Hombre ; 14 a 16 gr. por 100 ml.

 Mujer ; 12 a 14 gr. por 100 ml.

Si encontramos menor de 12 gr. hay Anemia.

Hematocritos Valor normal 50 %.

Leucocitosis 5 a 10 mil por cm^3 .

Cuando existen mas de 10 mil hay infección aguda y cuando existen menos de 5 mil hay infección crónica.

VALORES NORMALES DE:

Basófilos 2 %.

Linfocitos 25 %.

Plaquetas 200 mil por 500 mil por mm^3 .

Neutrófilos 50 a 70 %.

Química Sanguínea.- (Producto de metabolismo del organismo).

Glucosa 80 - 120 mg.

Urea 20 - 30 mg.

Creatinina 1 - 2 mg.

AC Urico 4 - 3 mg.

Colesterol 167 - 280 mg.

Tiempo de sangrado: de 2 a 3 min.

Tiempo de coagulación: 3 a 7 min. máximos.

Neutrofilia.- Nos presenta datos de infección aguda.

Linfocitosis.- Nos presenta datos de infección crónica.

Acidofilia.- Producto de enfermedad alérgica.

Monocitofilia.- Se observan en la osteomielitis.

Basofilia.- Se observan en enfermedades intestinales.

Glucosa un aumento.- Probable diabetes Mellitus.

Aumento de Acido Urico y Creatinina.- Anomalías renales.

Para que puedan ser interpretados correctamente los resultados se recomienda obtener la escala de valores normales adoptada por el laboratorio.

Análisis de Orina.

Urea 20 a 30 gr. eliminados en 24 hr.

Acido Urico 0.25 a 0.75

Fosfatos 1.50 a 3 gr. se eliminan en el día.

Cloruros 3 a 15 gr. se eliminan en el día.

c).- ESTUDIO RADIOGRAFICO: DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

El estudio radiográfico del tercer molar inferior retenido exige, como se comprende, ciertas condiciones, con el fin de que la radiografía no de imágenes que no representan con toda fidelidad el objeto real; así por-

lo tanto, radiografías deformadas o que no se encuadran en las condiciones normales, siempre originan inconvenientes en el acto operatorio.

Radiografía Intraoral del tercer molar inferior:

Posición del Paciente.- Sentado en el sillón, cuyo respaldo estará perpendicular al suelo, la cabeza estará ligeramente inclinada hacia atrás, de manera que la línea oclusal del maxilar inferior se encuentra horizontal, la película se coloca en el interior de la boca, con su eje mayor horizontal, el borde superior de la película paralelo a la arcada y no sobresaliente de la línea de oclusión mas de tres o cuatro milímetros. El borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar, o mas distalmente si las condiciones anatómicas lo permiten.- En la radiografía deben verse con precisión el diente a extraer en toda su extensión, las partes óseas vecinas y el segundo molar.

Muchos fracasos en la extracción del tercer molar inferior se deben a que no fueron señaladas con precisión las condiciones del diente retenido, por insuficiencias radiográficas, debidas a fallas en la colocación de la película, película movida, insuficiente exposición o fallas en el revelado.

No advirtiendo de antemano los detalles que exige una radiografía perfecta, la operación quirúrgica no puede ser planeada con exactitud, ni realizada con éxito.

El cono del aparato debe estar colocado perpendicularmente a la película. El ángulo vertical correcto es de cero grados. El rayo central debe ser dirigido al centro de la película, aproximadamente ubicado a nivel del espacio interdentario entre el segundo y tercer molar.

Radiografía Oclusal.

El respaldo del sillón se inclinará hacia atrás, la cabeza reclinada descendiendo el caberal todo lo que le permita la comodidad del paciente. Luego se rotará hacia el lado opuesto al del molar a radiografiarse, la película ha de ser colocada entre ambas arcadas dentarias, lo mas distalmente

posible. El paciente morderá con mucha suavidad la película. Su ángulo bucodistal ha de encontrarse ligeramente hacia arriba, con el fin de permitirle insinuarse entre la rama montante del maxilar inferior y la tuberosidad del maxilar superior.

De esta forma la película gana un poco de terreno y puede ser llevada más hacia atrás. El cono del aparato se coloca por debajo del borde inferior de la mandíbula, de manera que el rayo central sea perpendicular a la película y pase através del maxilar y del eje mayor del molar retenido, la radiografía oclusal dará la ubicación del tercer molar en su relación bucolingual, la cantidad de hueso existente del lado bucal y del lado lingual, la relación del molar con la rama ascendente y la dirección anteroposterior del molar. Es necesario correlacionar las radiografías intraoral y oclusal con el objeto de precisar las relaciones anatómicas y las condiciones del hueso que rodea al molar retenido.

Radiografía Extraoral.

Pueden existir condiciones que impidan o dificulten la colocación intraoral de la película, (Trismus, Procesos inflamatorios, intolerancias del paciente).

En tales casos está indicada la radiografía extraoral, a pesar de que los detalles y precisión de esta última nunca logran los efectos y la exactitud de la radiografía, con todo cuando no hay otro recurso, la placa extraoral consigue su objeto.

Estando el paciente sentado, el respaldo del sillón verticalmente colocado, la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, en el ángulo de 20 a 30° respecto al eje central, hacia el lado a radiografiar.

La película para radiografía extraoral, se guarda dentro del chasis, con pantalla reforzadora. El chasis se coloca con el eje mayor -

vertical apoyado sobre la cara del lado a radiografiarse, tomando amplio contacto con la región de la rama ascendente y del borde inferior del maxilar, la película, debe estar en lo posible, paralela al plano-vertical de la rama ascendente. El paciente sostiene el chasis con la palma de la mano. La nariz debe guardar con el chasis las siguientes distancias según L. Greenfield. :

- a).- Región Molar. Nariz 2.5 centímetros del chasis.
- b).- Región Bicuspídea. Nariz 1.25 centímetros del chasis.
- c).- Región Canina. Nariz tocando el chasis.
- d).- Región Incisiva. Nariz y mentón tocando el chasis.
- e).- Rama Ascendente. Colocar la película de plano, al lado de la cara.

El tubo en ángulo de 0° , se coloca por debajo del ángulo del maxilar opuesto al que se va a radiografiar, con el objeto de evitar la superposición de las ramas del hueso que restan nitidez a la película. - El rayo central atraviesa de esta manera las regiones blandas del piso de la boca y la lengua, cruza la cara interna del maxilar, el órgano dentario a radiografiar, siendo sensiblemente perpendicular a la película.

Los resultados de la radiografía extraoral, no pueden ser comparados con los de la intraoral.

La exodoncia del tercer molar inferior retenido exige una cantidad de datos radiográficos cuya exactitud solo la da la película intraoral.

Radiografía Intraoral.

En el estudio de la película intraoral debe ser considerada, como ya fue dicho una serie de puntos, de grande y capital importancia, en relación con la exodoncia.

El primer detalle de interés en el estudio radiográfico del tercer molar retenido, se refiere a su posición en el hueso, su relación con los molares vecinos, forma coronaria y radicular osioestructura, etc. La radiografía nos dá con perfecta claridad, la posición (Eje del tercer molar), con relación al segundo, y el tipo de desviación que presenta. Al realizar el estudio de la radiografía oclusal se consideran los detalles radiográficos para identificar y diferenciar las desviaciones.

De la consideración de la posición y la desviación del tercer molar, se realiza el estudio del primer punto importante.

LA CLASIFICACION DE LA RETENCION

La dirección del segundo molar es de interés en el acto quirúrgico, siendo como es, la cara distal un punto útil en la aplicación de la fuerza debe ser estudiado clínica y radiográficamente su solidez, estado y posición.

Otros puntos de interés a estudiar en el examen radiográfico son:

- a).- Relación del molar retenido con el borde anterior de la rama.
- b).- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.
- c).- Estudio de la corona del tercer molar.
 - 1.- Tamaño.
 - 2.- Estado (Normal, caries, fractura).
- d).- Estudio de las raíces del tercer molar.
 - 1.- Ambas dirigidas distalmente.
 - 2.- Raiz distal recta, mesial distalizada.
 - 3.- Raiz mesial hacia distal y distal hacia mesial.

- 4.- Ambas raíces rectas.
 - 5.- Ambas raíces fusionadas.
 - 6.- Raíz mesial recta y distal mesializada.
 - 7.- Ambas raíces mesializadas.
 - 8.- Raíz distal distalizada y mesial mesializada.
 - 9.- Raíces supernumerarias.
- e).- El séptum radicular del tercer molar y el hueso distal.
- f).- Contacto del segundo y tercer molar.

C A P I T U L O V

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

Es muy importante la esterilización en cualquier tipo de interveⁿción, ya que de ello depende el éxito.

METODOS DE ESTERILIZACION

Para la esterilización voy a nombrar varias formas que me enseñaron en el transcurso de la profesión, para ésto pongo a continuación - las siguientes y las más usadas en la clínica, como en nuestro consulto rio.

Todos los elementos que forman parte del acto quirúrgico, como - son: campo operatorio, instrumental, manos y ropa del operador y sus a yudantes, materiales, etc., deben estar en completa asepsia y anticep- cia, y el campo operatorio que en este caso es la cavidad bucal, no de be salirse de este requisito.

La esterilización: La podemos efectuar por medio de agentes quí- micos y físicos.

Agentes químicos: Son los llamados desinfectantes y antisépticos. A continuación se sitan los más usados en la práctica diaria.

Alcohol.- Se emplea para la antisepsia del cirujano y sus ayudan- tes.

Tintura de yodo.- En cirugía bucal no es muy usada, ya que es i- rritante y desencadena reacciones en los tejidos blandos.

Se aplica para la antisepsia del punto de punción de la aguja. O se puede emplear en partes iguales con alcohol para pinclar los espa-

cios intermediarios, los capuchones del tercer molar o el sitio donde va a practicarse la incisión.

Tintura de mercurio.- Son las mismas aplicaciones que la tintura de yodo.

Agentes Físicos.- Se emplea el calor seco y el calor húmedo.

El calor seco se logra mediante aparatos y el calor húmedo se obtiene calentando agua en un recipiente hasta que alcance una temperatura de 100° c. (ebullición) dentro de éste se introduce el material a esterilizar.

Puede emplearse el calor bajo presión, con lo cual se consigue elevar la temperatura a 130° c. y 140° c., estos aparatos se llaman autoclaves.

EL INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO

El instrumental metálico debe ser esterilizado con sustancias químicas que no dañan el instrumental.

Los tubos de goma y material de drenaje se esterilizan por medio de ebullición durante 20 minutos y se conservan en un frasco previamente esterilizado también.

Las jeringas se esterilizan en la estufa con flama de gas doméstico, ya que por ebullición muchos tipos de esporas resisten los 100° c.

Las torundas y las gasas, así como, gorros, cubrebocas y guantes del cirujano, deben esterilizarse al autoclave.

Los cepillos se esterilizan por medio de ebullición durante 20 minutos y se conservan en cajas esterilizadas.

Una de las cosas más importantes, es el lavado quirúrgico de las ma

nos que deben de realizar el cirujano y sus ayudantes, antes de cualquier tipo de intervención.

Se utilizan cepillos, agua y jabón, cuidando que el cepillado efectuado, en las manos y antebrazos sea minucioso, sobre todo en los sitios - más propensos a albergar microorganismos, como son los surcos de flexión - y extensión y los espacios interdigitales, realizando ésto, se frota las manos con una gasa empapada de alcohol, después se deshidratan las manos - con talco y se procede a la colocación de guantes.

Una vez que el cirujano y sus ayudantes ya están listos para realizar la intervención, se dispone el instrumental sobre la mesa de instrumentos y todo lo necesario para la intervención.

Con un trozo de gasa mojada en agua y jabón líquido esterilizados, se lava la cara, los labios y los orificios nasales del paciente; se disponen las compresas esterilizadas en forma conveniente a la operación - que se va a realizar y una vez todo preparado se inicia la intervención.

B).- INSTRUMENTAL QUE SE NECESITA PARA TEJIDOS BLANDOS

Los instrumentos los podemos dividir en:

- a).- Bisturí (insición de los tejidos).
- b).- Tijeras (sección de lenguetas o festones gingivales).
- c).- Pinzas de disección ayuda en la preparación de colgajos, toma la fibromucosa sin lesionarla.
- d).- Galvano y termocauterio (sección de tejidos)
- e).- Legras (desrendimiento y separación de la fibromucosa).
- f).- Separadores (separa los labios para evitar lastimarlos o traumatizarlos).

C).- INSTRUMENTAL PARA SECCIONAR TEJIDOS DUROS

- a).- Osteotómo (para resecar hueso).
- b).- Fresas (para realizar la osteotomía).
- c).- Limas para hueso (alisar bordes y eliminar puntas óseas).
- d).- Pinza de Cocher (para realizar hemoestásis).
- e).- Cucharilla para hueso (para limpiar el sitio donde se realizó la extracción).
- f).- Elevadores (pueden ser rectos o de bandera).
- g).- Fórseps (extracción de la pieza).
- h).- Aguja de sutura (usaremos agujas de tipo práctico que se presentan en el comercio con hilo del número de tres ceros.).
- i).- Portaguja (para facilitar las maniobras de sutura).

El campo operatorio es la región donde se practica la intervención quirúrgica, que en este caso es la boca.

Uno de los problemas que constantemente se presentan al respecto es la iluminación del campo operatorio, por tratarse de una cavidad y - más aun, una cavidad dentro de la boca, debemos utilizar iluminación artificial; generalmente, es suficiente con la lámpara de la unidad dental, pero si así no fuera, se pueden utilizar lámparas frontales.

El campo operatorio será protegido por medio de ropa esterilizada que cubra la cara y el pecho, dejando sólo el orificio perteneciente a la boca y nariz.

Los campos que se colocan al paciente se esterilizan previamente y se fijan por medio de pinzas de campo, asegurando así un perfecto aislamiento y esterilización de este mismo (campo operatorio).

A continuación se describe el equipo mínimo como ya antes mencio-
nado, pero nomás, quedando el número de cada instrumento para la ciru-
gía del tercer molar inferior retenido.

Separadores ----- Farabeuf

Bisturí ----- De Bard - Parker # 3

Hojas para bisturí ----- Tipo Bard - Parker # 15

Periostómo ----- Tipo Mead # 2

Escoplos ----- De Barry # 1, 2, 6 3
(opcional)

Martillo ----- Tipo Mead

Elevadores ----- De Barry # 366 para aplica-
ción mesial # 355 para ex-
tracción de raíces.

Forceps ----- Universal inferior # 151 -
cuerno de vaca inferior #
23

Limas para hueso ----- Tipo Seldin # 11

Curetas ----- Tipo Mead # 2

Pinzas de disección ----- Curva y recta

Porta agujas ----- Tipo Gardner

Jeringa para irrigación ----- Esteril de 10 c. c.

Agujas para sutura ----- Son muy útiles las curvas
y pequeñas que llevan el-
hilo (seda o cat - gut)
integrado; se expenden en
el comercio.

REPISA DE INSTRUMENTOS

Se ha de cubrir con una toalla estéril, así como también las mangas de la lámpara y los botones del control.

Pieza de mano.

Existen piezas de mano que pueden ser esterilizadas en el autoclave, así como fresas quirúrgicas.

Boquilla de succión.

Se recomienda usar boquillas metálicas, esterilizadas, serciorándose de su limpieza interna.

Gasas.

Se cortaran de 5 x 5 cm., se esterilizan y se colocan en un recipiente estéril.

Equipo de anestecia Local.

Agujas desechables.

Las jeringas se pueden esterilizar en autoclave, los cartuchos se colocan en recipientes estériles.

C A P I T U L O V I

TECNICAS ANESTESICAS

Las distintas maniobras que la cirugía debe emplear para la extracción y tratamiento de los terceros molares retenidos provocan dolor. Es por eso que el empleo de la anestesia es necesaria para suprimir este dolor, es decir, lograr la pérdida de sensibilidad en la zona a tratar pero conservando la conciencia.

Hay varios tipos de anestesia; Local, regional y general. En este caso las de más uso serán las primeras.

Ahora bien, para el éxito de una buena anestesia, es menester conocer las relaciones anatómicas del nervio a anestociar, las técnicas en los diferentes tipos de anestesia y la premeditación como poderoso coadyuvante.

Respecto a la anatomía, daremos un repaso somero al nervio maxilar superior que inerva el hueso maxilar superior y el nervio maxilar inferior que inerva a la mandíbula, ambos son ramas del nervio trigémino (Quinto par craneal).

El nervio maxilar superior sale del craneo por el agujero redondo mayor; se introduce en el conducto infraorbitario, recorriéndolo y emergiendo en forma de penacho por el agujero infraorbitario.

En su trayecto dá ramas colaterales y terminales, pero en este caso sólo mencionaremos las que tienen más interés para nuestra práctica; como lo son los ramos dentarios posteriores que en número de dos o tres se separan de su tronco principal y descienden sobre la tuberosidad del maxilar.

Estos nervios forman un plexo por encima de los ápices de los molares y premolares, innervando a los mismos, al hueso y a las mucosas gingivales y del seno maxilar.

En el conducto infraorbitario o nervio conocido con el mismo nombre dá una continuación directa del nervio maxilar superior, despues de stravesar la hendidura esfenomaxilar, corre en el piso de la órbita formando los nervios alveolares de la mandíbula superior y de la encía, para luego salir a través del agujero infraorbitario y dar ramas a la piel situada entre la endidura palpabral y las ventanas nasales.

El nervio maxilar inferior sale del cráneo por el agujero oval y tiene origen por dos ramas: una motora y una sensitiva.

En su trayecto de tres ramas externas (temporal, profundo medio, maseterino bucal); una rama interna, una posterior y dos descendentes (dentario inferior y lingual).

El nervio bucal pasa entre los haces del pterigoideo externo y des - ciende hacia el buccinador; sus ramas terminales se distribuyen por la cara profunda de la piel del carrillo y sus ramas profundas inervan la mucosa bucal desde el tercer molar inferior hasta el primer molar.

El nervio dentario inferior continúa la dirección del nervio maxi - lar inferior y hacia abajo y adelante se introduce en el orificio superior del conducto dentario inferior recorriéndolo en compañía de arterias y ve - nas.

Dentro del conducto dentario el nervio dá filetes nerviosos destina - dos a molares y premolares, filetes gingivales que inervan la encía y file - tes óseos destinados a hueso y periostio.

Sus ramas terminales son el nervio mentoniano que emerge por el agu - jero del mismo nombre e inerva la cara externa del maxilar inferior desde los premolares a la línea media y el nervio incisivo que inerva los inci - sivos central, lateral y canino.

El nervio lingual está situado por delante del nervio dentario, se dirige hacia la punta de la lengua y en su trayecto da ramos destinados a la mucosa gingival de la cara interna del maxilar inferior.

A).- TÉCNICAS ANESTÉSICAS LOCALES

La anestesia local es la supresión por medios terapéuticos de la sensibilidad de una zona de la cavidad bucal manteniéndose la conciencia del paciente. Esto logrado mediante sustancias químicas, las cuales al ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas, anulan la transmisión del dolor a los centros superiores.

Inyección Supraperiostica.-

- a).- Indicaciones.- Este tipo inyección supraperiostica o por infiltración es empleada en la mayoría de los casos en el maxilar superior.
- b).- Fundamento.- El hueso maxilar superior siendo particularmente esponjoso y rico foraminas, puede ser fácilmente alcanzado por el liquido anestésico, que se difunde a través del periostio, la porción cortical y el hueso hasta alcanzar el nervio. Debido a la proximidad de las raíces a la superficie exterior del maxilar.
- c).- Técnica.- Lugar de punción.- Fondo del surco vestibular, se tracciona hacia arriba y hacia afuera el carrillo a nivel del sitio a puncionarse de modo que la fibromucosa quede tensa y la punción de la aguja de este modo sea casi imperceptible.
- d).- Dirección de la aguja.- Hacia arriba.
- e).- Profundidad.- Se introduce la aguja y después de perforar la submucosa se depositan pequeñas cantidades de líquido (cuatro o cinco gotas) gradualmente a su paso, hasta ubicar la punta de la aguja con su bisel hacia hueso en las vecindades del pe-

riostio y por encima del ápice de la raíz del diente.

- F).- Observaciones.- Esta anestesia es de corta duración a causa de la riqueza vascular del área. En todos los casos la inyección se aplicará lentamente.

B).- TECNICAS ANESTESICAS REGIONALES O TRONCULARES

Se le llama anestesia troncular a la que se realiza llevando la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa importante.

Se deposita el líquido anestésico surcando los escollos anatómicos correspondientes, en contacto con la rama nerviosa, es una inyección perineural. Seccionando fisiológicamente o quirúrgicamente el tronco nervioso, las zonas por él inervadas quedan privadas de sensibilidad.

INFECCION MANDIBULAR O DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR

- a).- Indicaciones.- produce anestesia de todos los dientes de la mitad de la arcada correspondiente del lado inyectado, periostio y la encía; a excepción del trozo de encía y periostio que cubre la cara externa del maxilar, entre el tercer y primer molar zona inervada por el nervio bucal.
- b).- Fundamento.- Las inyecciones supraperiosticas del maxilar inferior no resultan satisfactorias, especialmente en la región molar, por esta razón se prefiere el bloqueo del nervio dentario inferior que penetra en el orificio superior del conducto dentario del maxilar inferior depositandose el líquido en las vecindades de este orificio.
- c).- Técnica.- Lugar de Punción.- Vértice del triángulo pterigomandibular, formado por la línea oblicua externa y ligamento Pterigo maxilar. Se palpa con el dedo índice dicho triángulo.

- d).- Dirección y profundidad de la aguja.- Con el cuerpo de la jeringa paralelo a la arcada dentaria y un centímetro por arriba de las caras oclusales de molares y premolares, se introduce la aguja descargando pequeñas cantidades de líquido, una profundidad de quince milímetros, con esto se logra la anestesia del nervio lingual, que está por delante y adentro del dentario. En esta posición se dirige la jeringa hacia el lado opuesto a nivel de los premolares, se profundiza cinco milímetros más y se deposita el resto del líquido anestésico.
- e).- Observaciones.- En este caso en particular que se trata de una extracción debe completarse con una inyección bucal.

INYECCION SIGOMATICA O DE LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES

- a).- Indicaciones.- Operaciones practicadas sobre segundos y terceros molares superiores.
- b).- Fundamento.- Los nervios dentarios posteriores pueden bloquearse antes que penetren en los canales óseos de la región sigomática, por encima del tercer molar.
- c).- Técnica.- Lugar de punción.- Fondo del surco vestibular a nivel de la raíz distobucal del segundo molar.
- d).- Dirección de la aguja.- Hacia arriba, atrás y adentro en un ángulo de 45° con el plano oclusal de los molares superiores.
- e).- Profundidad.- Se penetra unos 20 milímetros manteniendo la aguja siempre cerca del periostio para evitar punccionar órganos anatómicos importantes como la arteria maxilar interna el plexo venoso Pterigoideo o el músculo Pterigoideo externo.

INYECCION DEL NERVIIO BUCAL.

- a).- Indicaciones.- En algunos casos se usa como cierre de circuito para complementar la anestesia en extracciones de molares inferiores. Excepcionalmente debe ser usada como anestesia principal.
- b).- Fundamento.- La cara bucal de los molares está parcialmente inervada por este nervio.
- c).- Técnica, Lugar de punción.-Pliegue mucobucal, inmediatamente por detrás del nervio que se desea anestésiar.
- d).- Observaciones.- No es muy recomendable este tipo de anestesia, sobre todo en la extracción de los terceros molares pues es culpable de trastornos y dolores postoperatorios.

INYECCION PALATINA POSTERIOR

- a).- Indicaciones.- se utiliza como complemento o cierre de circuito* en las extracciones de molares.
- b).- Fundamento.- La inervación de los dos tercios posteriores corre a cargo de los nervios palatino medio y anterior que salen por el agujero palatino posterior.
- c).- Técnica.- La punción se realiza en el punto medio de una línea imaginaria trazada desde el borde gingival del tercer molar superior, hasta la línea media; insertando la aguja teniendo el eje de la jeringa en la comisura del lado opuesto.
- d).- Observaciones.- Si se deposita excsiva cantidad de anestesia a nivel del agujero palatino posterior, la solución pasa al nervio palatino medio y anestesia el paladar blando.

C A P I T U L O VII

TECNICAS DE EXTRACCION

A).- TECNICA EMPLEADA EN EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO O ERUP- CIONADO

Como en cualquier cirugía general, la cirugía bucal se realiza siguiendo todos los principios quirúrgicos. Los tiempos a seguir para la extracción del tercer molar inferior impactado son los siguientes:

- 1°. Anestesia. (Bloque intraoral)
- 2°. Incisión.
- 3°. Retracción del colgajo.
- 4°. Osteotomía.
- 5°. Exodoncia.
- 6°. Tratamiento de la cavidad.
- 7°- Sutura.

El tratamiento pre y postoperatorio se trata en el capítulo correspondiente.

El tratamiento indoloro es uno de los aspectos principales para que el tratamiento dental sea un éxito.

La anestesia tópica mas que un efecto anestésico tiene un efecto - Psicológico y su aplicación demuestra la preocupación del operador por la comodidad del paciente. Otro detalle que suprime el dolor durante la punción es el buen filo en la punta de la aguja respectiva.

1°. ANESTESIA

Para causar un bloqueo íntegro de las ramas del nervio maxilar inferior es indispensable inyectar el anestésico en la proximidad inmediata - de la estructura nerviosa.

Se pide al paciente que mantenga la boca bien abierta, la punción - se inicia a 1 cm. por encima del plano de oclusión inferior por dentro, del borde interno en la rama ascendente de la mandíbula. La posición de la jeringa debe ser paralela al plano de oclusión inferior y por encima de los premolares de lado opuesto. Se introduce la aguja lentamente hasta tocar suavemente con la cara interna de la rama, se deposita la cantidad conveniente de la solución bloqueadora (prilocaina al 2% con felipresina 0,03 U. I.),

Para bloquear el nervio bucal y así completar la anestesia, se inyecta en la mejilla por encima del pliegue mucoso del tercer molar inferior.

2°. INSICION

a).- En presencia del 2° molar.-

El trazo lo iniciamos siguiendo una línea recta que va sobre la rama ascendente de la mandíbula hacia la mitad de la cara distal del segundo molar.

Con un bisturí de hoja corta (No. 12) incidimos la región de una sola intención y enérgicamente hasta percibir la sensación de tocar hueso o cara dentaria. Continuamos el trazo contorneando el cuello por sus caras - vestibulares del 2° y 1er. molar, llegando hasta hueso y deteniendo el trazo hacia la parte distal de la papila interdientaria con el objeto de no tocarla, evitando así su retracción posterior.

b).- Ausencia del 2°.molar.

Incidimos a nivel de la cresta alveolar hacia la cara distal del 1er. molar contorneando y llegando hasta la papila interdientaria.

c).- En desdentado total.-

En este caso la longitud del corte corre aproximadamente 2 cm. más allá de la cara mesial del molar detenido. La variedad en este tipo de incisión dependerá de la posición y ubicación de dicho molar.

3°. RETRACCION DEL COLGAJO

Por tratarse de una zona abundantemente irrigada hay gran cantidad de sangrado el que cohibimos con una gasa estéril una vez cohibida la hemorragia procedemos a desprender el colgajo, existen distintos instrumentos para realizar dicha tarea el ideal es el periostotomo, pudiendo realizarse también con una legra pequeña o espátula de Freer.

Se introduce el periostotomo entre los labios de la incisión, tocando hueso, desprendemos la mucosa vestibular con giros suaves del instrumento - dirigido de distal hacia mesial y deteniéndose a nivel del espacio interdentario. El desprendimiento del colgajo lingual o interno se hace de igual manera que el anterior, llegando al límite de la cara lingual de molar retenido.

Podemos mantener fijo el colgajo vestibular con unas pinzas de disección y el colgajo lingual lo mantendremos pasando el hilo de sutura final - con su aguja respectiva.

El objetivo que se persigue en este tiempo es el de proporcionar una buena visibilidad

4°. OSTEOTOMIA

Este tiempo quirúrgico es de gran utilidad pues de esta manera eliminaremos la retención ósea que pueda tener el molar incluido, haciendo esto-

evitamos aplicar la fuerza durante la extracción que pudiera causar lesiones alveolares e incluso fracturas mandibulares.

Para la realización de la osteotomía es cirugía bucal, empleamos - instrumentos tales como: escoplos y fresas.

Osteotomía con escoplos.-

Se recomienda al operador el empleo del escoplo auxiliado por el ayudante que golpea con el martillo dicho instrumento, pudiendo el operador de este modo, separar el colgajo vestibular con la mano izquierda, facilitando así la operación.

Cuidados durante la operación.-

- 1.- Debemos evitar el contacto del escoplo con la cara del molar para conservar cortante el borde del instrumento.
- 2.- El golpe del martillo sobre el escoplo será justo y enérgico.
- 3.- Mantener el bisel cortante hacia arriba.
- 4.- Retirar todos los residuos óseos.

Osteotomía con fresas.-

De gran utilidad y simple manejo, siempre y cuando se procuren los siguientes cuidados:

- 1.- Irrigación constante de la solución estéril sobre la fresa para evitar el calentamiento.
- 2.- Limpieza continua en la fresa de los residuos óseos para mayor eficacia en el desgaste.
- 3.- Previa esterilización de las fresas, del contra ángulo así como también de la pieza de mano.

Siguiendo estos principios se practican pequeños orificios vecinos unos de otros alrededor del hueso retenitivo debilitándolo así, una vez he -

cho esto, lo eliminamos con golpes de escoplo.

5°. EXODONCIA

La extracción ideal sería aquella en la que al colocar el elevador entre la cara mesial del molar retenido y la cavidad ósea aplicamos la fuerza de palanca desalojándolo así de su cavidad. Comúnmente, la retención del molar incluido llega a ser tal, que es necesario la aplicación de la odontotomía u odontosección.

Ventajas de la Odontosección.-

- a.- Menor corte del tejido óseo.
- b.- No existe lesión de los diente vecinos.
- c.- Disminuye el riesgo de fractura en las tablas alveolares.

Desventajas principales.-

- a.- La intensidad del golpe de escoplo necesario para efectuar la odontotomía repercute sobre la articulación temporomandibular y el oído.

El éxito de este tiempo quirúrgico y de la operación dependerá directamente del cumplimiento inteligente de las indicaciones y la habilidad manual del cirujano.

6°. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Tiene dos objetivos:

- a.- Eliminación del saco pericoronario.
- b.- Obturación médica de la cavidad.

La primera consiste en retirar dicho saco tomando con una pinza curva (de Kocher) y despegándolo de la pared ósea con una cucharilla filosa.

Debemos tener cuidado en no dejar residuos ya que se convertirían en fuentes infecciosas y en ocasiones neoplásicas.

La segunda consiste en colocar dentro de la cavidad conos de acción antibiótica que se encuentran en el mercado. Recomendamos el uso de este producto ya que es fácilmente absorbible por el organismo (Silverman 1941) y en algunos casos con acciones hemostáticas (Albogyl).

Para evitar complicaciones se requerirá de un tratamiento postoperatorio adecuado el cual trataremos en páginas siguientes.

7°. SUTURA

Para realizar este paso debemos de estar seguros de que han quedado completamente limpias las paredes de la cavidad así como también de los colgajos, teniendo lista en la mano derecha del operador la aguja curva enhebrada con seda (optativo) y pinchada con el portaagujas, se atraviesa el colgajo lingual y en seguida el bucal, en este sentido se corre el hilo dejando un extremo libre de 3 cm. aproximadamente, sujetamos entre los dedos índice y pulgar de la mano izquierda el extremo que contiene la aguja y damos dos vueltas alrededor del bocado del instrumento, pinzamos el extremo libre con el portaagujas, sin soltar tenemos los extremos y para obtener mayor firmeza repetimos la maniobra realizando las vueltas en sentido inverso.

Para el caso del lado izquierdo atravesamos los colgajos en sentido bucolingual.

Las cualidades que debe presentar una sutura son:

- a.- Que no haga tracción en los tejidos.
- b.- Que abarque el tejido necesario para que este no se rasgue.

La seda de tres ceros y el cat - gut son los hilos de sutura más usuales.

3).- TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS O NO ERUPCIONADOS

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

El tercer molar superior presenta un accidente de erupción, que le es propio. Ocurre por lo general en aquellos molares que erupcionan hacia el lado del carrillo, es decir que presentan bucoversión.

Este accidente está caracterizado por los siguientes hechos clínicos al hacer su erupción. El molar pone su cara triturante en contacto con la mucosa del carrillo. Por un doble mecanismo, aumento de la erupción y movimientos masticatorios, la cara triturante del molar, o una de sus cúspides permina por ulcerar la mucosa del carrillo. Esta úlcera se encuentra continuamente traumatizada por las cúspides del molar, produciéndose en este hecho dolores de gran intensidad; los tejidos blandos vecinos se inflaman por este proceso ulceroso y se produce una celulitis de las partes blandas acompañada de trismus y ganglios infartados, todo lo cual repercute sobre el estado general. La masticación está impedida y la fonación dificultada.

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

Se puede aliviar y curar en pocas horas un proceso de esta índole, desgastando con una piedra de carborundo las cúspides del tercer molar. La úlcera puede a veces pasar inadvertida, porque queda escondida tras el molar, o el profesional la oculta con el espejo al hacer el exámen. La úlcera, suprimidas las cúspides, debe ser tocada con licor de Bonain, con lo cual los dolores desaparecen y la úlcera cicatriza.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

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

La retención de molar puede ser intraósea o submucosa. En la retención submucosa puede ser total o parcialmente retenidos.

Las posiciones que puede ocupar el tercer molar superior son:

- 1.- Posición Vertical.
- 2.- Posición Mesioangular.
- 3.- Posición Distoangular.
- 4.- Posición Horizontal.

EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

Para la extracción del tercer molar superior es menester practicar una incisión y realizar la osteotomía necesaria como para poder eliminar el molar retenido, dentro del hueso que lo aprisiona.

INCISION

Puede usarse la incisión de dos ramas, que llamaremos bucal y anteroposterior. La rama anteroposterior se traza proxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada y en una longitud de un centímetro. La incisión bucal parte del extremo anterior de la primera incisión y se dirige hacia afuera, rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular donde termina. La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar. El colgajo se desprende según se ha señalado, con un perióstomo y se sostiene con un separador.

OSTEOTOMIA

El hueso que cubre la cara triturante se elimina con escoplos rectos o a fresa, siguiendo las indicaciones dadas para la exodoncia del tercer molar inferior. En ciertos casos el hueso a nivel de la cara triturante es tan frágil, que puede ser eliminado con una cucharilla para hueso, o con el mismo elevador. La osteotomía es una maniobra importante; es menester, en todos los tipos de terceros molares superiores, ver, por lo menos, la cara bucal y mesial del retenido. La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. Si es accesible, no se requiere ninguna 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 un escoplo recto, o con una fresa redonda.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Cualquiera de los elevadores rectos podrán ser empleados acertadamente para la extracción del tercer molar retenido, usando preferentemente los números 1, 2 ó 14 (R - L), de Winter, elevadores rectos ó elevadores de Clev - dent.

Se presenta la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo, actuando como cuña lo que logra que se luxe, se aplica de cara plana, sobre la cara anterior del diente en sentido diagonal trazado sobre dicha cara, se usa la cara distal del segundo molar como punto de apoyo. Aplicando el elevador se inicia el movimiento de luxación hacia abajo y afuera.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION MESIOANGULAR

La extracción en este caso está condicionada por la dirección del molar y la cantidad del hueso distal. Algunas trabaspueden presentarse en es-

ta extracción; la cantidad de hueso distal y el contacto con el segundo molar. A nivel del maxilar superior, la elasticidad del hueso permite - movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente retenido. El - contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. Por lo tanto, el problema en este tipo de retención reside en la osteotomía distal y triturante y en la preparación de la vía de acceso - para el elevador. Esta vía de acceso necesita una mayor osteotomía en el lado mesial que en la retención vertical, porque el punto de aplicación - del elevador ha de ser más alto. Para lograr este fin es menester elimi - nar parte de la tabla ósea vestibular, que cubre la cara bucal del molar retenido.

La iniciación es igual que para el tipo anterior. La osteotomía se realiza con los mismos procedimientos ya señalados para los otros tipos - de retenciones (escoplo ó fresa) requiriendo sólo una mayor incisión - de hueso en distal, para descubrir al diente hasta el nivel del cuello.

Se introduce profundamente el elevador hasta llegar a aplicarlo so bre la cara mesial del diente. Los movimientos son los mismos, a excep - ción de que el molar debe ser dirigido primero hacia distal, para vencer el contacto mesial, y luego los movimientos del elevador dirigen el dien - te hacia abajo y afuera. En molares con raíces abiertas, con cementosis - o dilaceradas, este movimiento debe ser hecho con lentitud y sin esfuer - zos bruscos para evitar fracturas intempestivas.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION DISTOANGULAR

La rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse más distal - mente que en los casos anterior para evitar desgarros de la encía.

OSTEOTOMIA

General no hay hueso sobre la cara triturante, ni hacia distal, solo es menester preparar la vía de acceso en el lado mesial. Se coloca el eleva

dor sobre la cara mesial del tercer molar y éste se dirige hacia abajo y hacia atrás. Especial cuidado hay que tener en este tipo de retractor, - con la tuberosidad y la apófisis pterigoides. Movimientos bruscos pueden fracturarlas. Se elevarán los elevadores de Clev - dent ó de Winter número 14. Estos instrumentos actuarán como cuña o palanca y cumplirán su objeti vo si pueden introducirse fácilmente entre el segundo y tercer molar.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION HORIZONTAL

Los molares colocados por encima de los ápices del segundo son mejor intervenidos practicando una incisión parecida a la que se emplea en la operación de Caldwell - Luc., como que la intervención, a realizarse tiene muchos puntos de contacto con la operación radical del seno maxilar.

C A P I T U L O VIII

TRATAMIENTO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO

TRATAMIENTO PREOPERATORIO.-

Consiste en realizar un exámen completo del paciente antes de su intervención quirúrgica, para esto estamos de acuerdo con la definición - que el Dr. Arce nos da:

"Es la aplicación del estado de salud de una persona en vísperas de ser operada, con el fin de establecer si la operación podrá ser realizada sin peligro, y en el caso contrario adoptar las medidas necesarias y en el momento preciso".

Sabemos de antemano que una operación realizada en la cavidad bucal requiere de una serie de cuidados previos, parte de estos deberá efectuarp los el paciente (higiene) y parte el profesional.

La colaboración entre el Odontólogo y el enfermo llevarán a intervención al éxito.

Hay que tener presente que antes de intervenir al enfermo, debemos de tener en mano los exámenes médicos de rutina. Se le darán instrucciones precisas sobre la dieta. Antes de una operación que se realiza con anestesia local, el paciente no debe ayunar ni ingerir bebidas alcohólicas.

La intervención quirúrgica deberá programarse para las primeras ho - ras del día, ya que así, tanto paciente como operador están descansados y en el caso de que se presentara alguna complicación en el paciente tendrá tiempo de ponerse en contacto con el cirujano mientras se encuentre en el consultorio.

La premedicación se trata en el capítulo correspondiente a Técnica - Quirúrgica.

EL TRATAMIENTO TRANSORBITARIO

Toda operación quirúrgica consta de varios tiempos; la cirugía bucal adquiere modalidades particulares por lo que se compone de cinco tiempos:

- 1.- Iniciación.
- 2.- Osteotomía.
- 3.- Operación propiamente dicha.
- 4.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 5.- Sutura.

1.- La Incisión.- Es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención. El instrumento es el Bisturí.

Una Incisión y el colgajo que se forma a expensas de ella, deben reunir una serie de condiciones, para que este colgajo, una vez repuesto conserve su vitalidad y se reincorpore a las funciones que le corresponden.

- a.- Incisión de base ancha para proveer suficiente irrigación.
- b.- Que permita perfecta visualización del objeto a operarse.
- c.- Suficientemente extensa para que descubra el campo operatoria.
- d.- Hecha en un solo trazo, sin líneas secundarias.
- e.- Trazada de modo que se adapte al volver a su sitio primero

2.- La Osteotomía.- Es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso, la Osteotomía es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación. Se realizan con escoplos, pinzas gubias y fresas.

3.- La operación propiamente dicha es la ejecución del tiempo objeto de la operación. Ya sea la extracción de un diente retenido de un granuloma, una apicectomía, de un quiste dentario, de un secuestro en una astiomielitis.

En el curso de una operación se necesita cohibir la hemorragia de los vasos seccionados. Los distintos orígenes se refieren - al tejido al que pertenecen los vasos heridos: gingivales de la bóveda palatino, óseas, de la vena o arteria dentaria inferior o ramas dependientes de la maxilar interna.

Las hemorragias de las pequeñas arterias se cohiben fácilmente por presión con una torunda de gasa impregnada de medicamentos estípticos: adrenalina, antipirina, percloruro de hierro, etc., la hemostásis de los vasos mayores seccionados, se realiza ob- turando con un instrumento el vaso que sangra y reemplaza ense guida el instrumento con una ligadura, el instrumental indica- do en este caso es la pinza de Kocher.

4.- Tratamiento de la cavidad ósea.- Se realiza colocando dentro de ella medicamentos en forma directa, gasas con medicamentos o un drenaje.

5.- La Sutura.- Es la maniobra que tiene por objeto reunir los teji- dos separados por la incisión. Los principales métodos son dos- por puntos separados o sutura continua, siendo el más usado el- método a puntos separados y se asegura el hilo por medio de nudos ya sean o nudos de cirujano.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Es el tratamiento que se efectúa después de la extracción y se debe estudiar en 2 tiempos. El tratamiento inmediato y el mediato.

Este tratamiento contribuye a mejorar los posibles inconvenientes - surgidos durante la intervención.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Es el tratamiento que se efectúa después de la extracción y se debe de estudiar en 2 tiempos. El tratamiento inmediato y el mediato.

Este tratamiento contribuye a mejorar los posibles inconvenientes - surgidos durante la intervención.

El tratamiento Postoperatorio Inmediato.-

Una vez terminada la operación, procedemos a limpiar la cara del pa ciente con un trozo de gasa empapado en agua oxigenada o alguna otra solu ción antiséptica. Después de esto colocaremos un pedazo de gasa esteriliza da sobre el lugar de la extracción recomendándole al paciente que no ejerce demasiado presión sobre ella y que la retire al término de 3 horas. Se le indicará colocarse una bolsa de hielo sobre la mejilla de el lado interve- nido durante algunos minutos, recomendándole a la paciente que continúe es ta aplicación en su casa, pues la baja temperatura disminuye la inflama - ción y tiene acción sobre la prevención de hematomas y de el dolor postope ratorio.

El tratamiento Postoperatorio Mediato.-

Consiste en dar al paciente , las instrucciones pertinentes con el - fin de evitarle algun traumático, hemorragia o infección posterior, ins - trucciones tales como tratar de no examinarse la herida. Con respecto a su dieta esta deberá ser blanda, alimentos que no contengan semillas, frutos- secos u otras partículas duras que pudieran lesionar o alojarse en la inci - sión y causar alguna complicación.

Los puntos de sutura se quitarán a los 5 días después de la interven ción aproximadamente.

Se le prescribirán los medicamentos adecuados en caso de presentarse le alguna molestia (analgésicos, antiinflamatorios, antibioticos, etc.)

Deberá continuar con su higiene habitual auxiliada de colutorios de- soluciones antisépticas.

CAPITULO IX

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES EN EL MOMENTO DE LA CIRUGIA

Los accidentes originados por la extracción de los terceros molares retenidos pueden ser múltiples y de distinta categoría: Unos interesan al diente objeto de la extracción o a los dientes vecinos, otros al hueso y a las partes blandas que lo rodean.

FRACTURA DEL DIENTE

Es de los accidentes más frecuentes; en el curso de la extracción - al aplicar la pinza sobre el cuello del diente y se efectúan los movimientos de luxación, la corona o parte de ésta o parte de la raíz se fractura.

Esto se puede deber a muchas causas pero casi siempre es por el debilitamiento de los órganos dentarios, por procesos de caries o por anomalías radiculares; el molar no puede resistir el esfuerzo aplicado, y se rompe en el punto de menor resistencia.

Producida la fractura debe extraerse la porción radicular restante pero habiendo antes practicado la hemostásis del campo operatorio con adrenalina, secando con gasa, ya que sin un campo blanco no puede intentarse la extracción con éxito.

FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS

La presión ejercida sobre la pinza de extracción o sobre los elevadores, puede ser transmitida a los dientes vecinos provocando fractura o luxación del diente.

El diente luxado puede ser reimplantado en su alveolo, fijándolo por los procedimientos usuales.

FRACURA DEL INSTRUMENTAL USADO EN LA EXTRACCION

No es muy común, pero puede ocurrir que durante el transcurso de la exodoncia, las pinzas o elevadores se fracturan si se aplican fuerzas excesivas sobre de ellos, pudiendo así herirse las partes blandas u óseas vecinas. Deben extraerse en el momento o en una intervención posterior.

FRACURA DEL BORDE ALVEOLAR

Esta fractura no tiene mayor trascendencia, generalmente se debe a que la fuerza aplicada sobre la tabla externa es mayor que su límite de elasticidad. Si el trozo del hueso, se elimina con el órgano dentario no hay conducta especial a seguir; pero si el trozo queda relajado en el alveolo, debe eliminarse o de lo contrario el secuestro origina procesos infecciosos como osteitis y absesos.

FRACURA DE LA TUBEROSIDAD

Se debe casi siempre al uso de los elevadores aplicados con excesiva fuerza, la tuberosidad del maxilar o por parte de ella puede desprenderse, acompañado al molar en tales circunstancias puede abrirse el seno maxilar dejando una comunicación bucosinusal requiriendo este complicación un tratamiento especial como lo es la técnica de Cadwell - Luc.

FRACURA TOTAL DEL MAXILAR INFERIOR

Es un accidente posible aunque muy poco frecuente, se debe al empleo de fuerza exagerada al tratar de extraer el molar retenido con raíces, con cementosis o dilaceradas; o a que el hueso se haya debilitado por procesos patológicos como, osteitis, osteitis, quistes, etc.

También puede deberse a circunstancias generales que predisponen al hueso a la fractura, tales como estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, diabetes, enfermedades paraneoplásicas, etc.

PERFORACION DE LAS TABLAS VESTIBULAR O PALATINA

Se presenta en el curso de la extracción que una raíz, (vestibular o palatina) del molar superior atraviese las tablas óseas ya sea por debilitamiento del hueso o por esfuerzo mecánico.

La búsqueda y extracción de la raíz debe practicando una incisión en el vestíbulo o en el paladar dependiendo de la ubicación de ésta, pre vio estudio radiográfico.

LESION DEL CENO MAXILAR

Durante la extracción de los molares superiores puede ser perforado el piso del seno maxilar debido a razones anatómicas de vecindad del molar con éste; en cuyo caso al efectuarse la extracción queda instalada la comunicación.

En otros casos los instrumentos pueden perforar el piso sinusal.

En los casos anteriormente mencionados el coágulo se encarga de ob turar la comunicación, basta con colocar una torunda de gasa que favorezca la hemostásis o un punto de sutura que acercando sus bordes, establezca mejores condiciones para la contención del coágulo.

En caso de que el alveolo sea muy grande, el valor del coágulo es nulo pues se retrae y se desprende por lo que habrá que efectuar una pequeña plástica.

Otro de los casos que sucede es la penetración de una raíz en el seno, el tratamiento es un examen radiográfico para saber la ubicación exacta de la raíz.

La vía de elección para la búsqueda y extracción de la raíz, se hará siempre por un colgajo vestibular.

Después se sutura cerrando el alveolo y los labios de la herida.

PENETRACION DEL DIENTE EN REGIONES VECINAS

Esto sucede cuando el diente respondiendo a la aplicación incontrada de fuerzas o debilitamiento de las paredes puede fugarse al piso de la boca o lugares vecinos.

LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR

Consiste en la salida del cóndilo del maxilar de su cavidad glenoides. Puede ser unilateral, o bilateral, se produce en extracciones de los molares inferiores.

El molar se volverá a colocar en su sitio con la siguiente manobra: Se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada dentaria del maxilar inferior, los restantes dedos sostienen al maxilar se imprimen fuertemente a este hueso dos movimientos, uno hacia abajo y otro hacia arriba y atrás. Reducida la luxación puede continuarse la operación.

Lesión de las partes blandas vecinas, son producidos desgarros de la mucosa gingival, lengua, carrillos, labios, etc., al actuar con brusquedad y sin medida.

Algunas veces es posible unir las partes desgarradas por puntos de sutura.

LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS

Puede ocurrir en las extracciones de los terceros molares inferiores que se lesione el nervio dentario por aplastamiento del conducto, que se realiza al girar el molar; el ápice trazando un arco se pone en contacto con el conducto y aplasta a éste y sus elementos dando lugar a anestesia definitivas prolongadas o pasajeras, según el grado de lesión.

HEMORRAGIA

Puede ser inmediata o mediata.

La primera se debe a falta de coagulación en la sangre y no forma ción del coágulo, ésto debido a causas locales como granulomas, focos de osteitis, pólipos gingivales, gingivitis, desgarros de la encía, o causas generales como hemofilia, púrpuras, leucemia, cirrosis, uremia, etc.

El tratamiento de la hemorragia local se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco congestivo sangrante (pólipo, osteitis granuloma); después se comprime y tapona el alveolo sangrante con un trozo de gasa vodo formada seca o co adrenalina retirándose éste en un tiempo de 15 minutos o media hora.

Si la hemorragia se realiza varias horas después de la extracción el procedimiento es el mismo.

En caso de persistencia de la hemorragia se recurre a transfusiones sanguíneas y administración de sustancias que aceleren la coagulación.

Todos los problemas que originan la hemorragia pueden prevenirse suturando la herida.

HEPATOMA

Es la difusión de sangre siguiendo planos misculares a favor de la menor resistencia que le oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se practica la operación. Se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado con cambio de coloración que va del rojo vinoso hasta el amarillo, pasando por el violeta y amarillo violeta dura varios días y termina por resolución a los 8 ó 9 días. Aunque la coleción sanguínea puede infectarse produciendo dolor local, rubor, fiebre reacción-ganglionar durante una semana aproximadamente.

El tratamiento se basa en colocar bolsas de hielo y antibióticos. Si se llegara a presentar absceso se hará el drenaje.

ALVEOLITIS

Se le llama así a la infección pútrida del alveolo dentario después de la extracción, es muy dolorosa y molesta. Puede presentarse en dos formas, una es un alveolo fungoso sumamente doloroso; y otro alveolo seco, abierto sin coágulo paredes óseas expuestas dolorosas.

En el primer tipo se debe generalmente a reacciones de anti cuerpos extraños, sobre todo esquirlas óseas o dentarias de dientes fracturados.

La segunda es típica, se presenta después de una extracción muy laboriosa pudiendo o no haber lesión alveolar desaparece prematuramente el coágulo; por lo cual el alveolo queda abierto en comunicación con la cavidad oral, con sus paredes óseas desnudas y sus bordes gingivales separados. Las paredes óseas toman un color grisáceo.

Las causas principales son el trauma operatorio toxicidad de los componentes químicos del anestésico, el estado general del paciente debilitado y entre los factores traumáticos podemos citar excesiva presión de las trabéculas óseas con los elevadores, violencias sobre las tablas alveolares.

Sus síntomas son dolor intenso, bordes tumefactos, paredes bucal y lingual edematosas, alveolo recubierto de un magma gris y verdoso lleno de detritus alimenticios y pus.

El tratamiento es realizar un examen radiográfico para investigar el estado del hueso y de los bordes óseos, presencia de cuerpos extraños, raíces ó secuestros.

Todo esto se debe eliminar y una vez ausentes los cuerpos extraños se lava la cavidad con suero fisiológico tibio; se seca la cavidad suavemente con una gasa, se aísla el campo operatorio y se introduce en la cavidad alveolar una mecha de gasa con cemento quirúrgico (polvo y -

líquido o líquido solo), esta gasa se re se renueva a las doce horas.

El cemento quirúrgico puede dejarse varios días; en curas sucesivas se va espaciando el tiempo entre cada duración hasta que el alveolo empieza a granular y a sangrar.

C A P I T U L O X

COMPLICACIONES QUE SE NOS PRESENTAN CON:

LA ANESTESIA.-

Son de dos tipos inmediatas y mediatas.

Las complicaciones inmediatas, son más comunes las siguientes:

ROTURA DE AGUJAS

Las causas corrientes se deben a un movimiento brusco del paciente, agujas defectuosas o demasiado delgadas. Al introducir la aguja debemos dejar parte de esta fuera del tejido, pues en caso de que se fracture podremos retirarla inmediatamente con pinzas hemostáticas.

DOLOR AGUDO EN LA PUNTA DE LA LENGUA O EN EL LABIO INFERIOR

Es producto de una lesión al N. dentario inf. o al N. lingual con la punta de la aguja y se caracteriza por una sensación quemante en las zonas arriba mencionadas. Es reversible cuando solo se llegó a tocar sin cortarlo.

DOLOR AGUDO EN LA REGION LUMBAR

Se presenta después de haberse aplicado una anestesia regional del N. dentario inferior. Afortunadamente su acción es pasajera (2 ó 3 min.), no deja huellas posteriores.

Se cree que es causado por una acción refleja provocada por adrenalina empleada en las soluciones anestésicas.

EMFISEMA O INFILTRACION GASEOSA

El tejido generalmente del carrillo se hincha inmediatamente después de retirar la aguja en forma rápida y voluminosa.

Al presionar el tejido afectado con relativa intensidad logramos expulsar parte del aire infiltrado y el gas excedente tarda aproximadamente 5 días en ser absorbido, la única molestia es de tipo estético para el paciente.

PARALISIS FACIAL

Se presenta en el mismo lado en que se aplico la inyección regional del nervio dentario inferior. Se caracteriza porque al retirar la aguja se presentan los siguientes signos:

- a).- Párpado caído.
- b).- Ala de la nariz deprimida.
- c).- Mejilla Flácida.
- d).- Boca torsida..

De acuerdo con el Dr. Avellanal este accidente se debe a la infiltración de la solución bloqueadora en la cápsula parotídea, pues el nervio facial como sabemos, penetra en la glandula parótida bifurcándose. Si el bloqueo a comprendido las dos ramas (temporofacial y cervicofacial) la anestesia es completa. Si la rama involucrada ha sido la cervico-facial, la parálisis se manifiesta únicamente en los músculos suprahioides y el labio inferior. Generalmente el efecto es temporal (3 horas aprox.).

LIPOTIMIA

Es el primer grado del síncope. Se caracteriza por la pérdida de conciencia, con mantenimiento de la respiración y circulación.

Inmediatamente después de que aparecen los primeros síntomas, se colocará al paciente en posición de Trendelenburg y se le aflojará las ropas apretadas con el fin de contrarrestar la hipoxia cerebral.

SINCOPE

En algunos casos es de origen psíquico. En otros casos por factores predisponentes como la debilidad, la fatiga y el calor excesivo se caracteriza por pérdida del conocimiento, disminución circulatoria y respiratoria, palidez, sudoración fría, el globo ocular se vuelve hacia arriba hay relajación total del cuerpo.

El tratamiento consiste en colocar al paciente en posición Trendelenburg, ayudar a la libre circulación sanguínea aflojando los objetos que pudieran impedirlo, aplicar respiración artificial y en caso de que no se pueda administrar hidrocortisona 500 mg. por vía intramuscular o endovenosa.

Sin embargo la mejor forma de evitar una complicación será tomar las siguientes precauciones:

- a).- Tratar de no depositar la solución bloqueadora en el interior de un vaso sanguíneo, pues se ha demostrado que la inyección-endovenosa es de 6 veces más tóxica que la realizada en tejido conjuntivo. Para esta maniobra se recomienda emplear jeringa que además contenga succionador.
- b).- Depositar lentamente la solución bloqueadora pues disminuye la toxicidad de la anestesia (30 seg. por cada cm³).
- c).- Colocar al paciente reclinado hacia atrás en el momento de la inyección y minutos después hasta que se haya alcanzado el efecto necesario.
- d).- Cuando existan antecedentes de oclusión coronaria y de angina de pecho no se deberá administrar epinefrina, pues se desencadenaría una trombosis coronaria.

PARO CARDIACO

Este tipo de accidentes puede ser de consecuencias fatales, por lo tanto es obligado para el Cirujano estar pendiente del momento en que se presenta para tratarlo oportuna y adecuadamente y posteriormente remitirlo al especialista.

El tratamiento inmediato consistirá en colocar al paciente en posición trendelenburg, respiración artificial y aplicar masaje cardiaco simultáneamente con oxigenación, como último recurso administrar hidrocortisona por vía intravenosa.

COMPLICACIONES MEDIATAS

Las complicaciones mediatas más importantes son:

DOLOR EN EL SITIO DE LA PUNCIÓN

Causas:

- a).- Traumatismo producido por una aguja de filo deficiente.
- b).- Brusquedad al tratar de tocar el hueso doblándose la aguja - que desgarró tejido al retirarla.
- c).- Exceso de Punción.
- d).- Rápida inyección de la solución, desgarrando así los frágiles tejidos orgánicos.
- e).- Infección por deficiente esterilización de agujas.

CONTRACCION DE LOS MUSCULOS ELEVADORES DE LA MANDIBULA

Causas:

- a).- Como consecuencia del bloque regional en el nervio dentario in

terior que traumatiza, principalmente al músculo laringeo interno produciendo contracción de sus fibras, esta contracción desaparece a los pocos días sin mayores molestias.

- b).- Por infección, aparece una zona de edema que se extiende hasta el velo del paladar, dificultando la deglución. Se trata a base de antibióticos.

HEMATOMA

Principalmente producto de un corte venoso por la aguja, aparece horas más tarde coloreando las mucosas o la piel.

Se facilita su absorción con fomentos calientes sobre el sitio afectado. No presenta más molestias que la alarma del paciente.

ANESTESIA PROLONGADA

Este fenómeno se produce muy a menudo y se le atribuye a una lesión en las fibrillas nerviosas que hubieron sido cortadas por el bisel de la aguja.

La única terapéutica mas o menos eficaz es la administración de complejo B.

ZONAS DE NECROBIOSIS.

Se observa en las regiones donde se han practicado las inyecciones de la solución bloqueadora, por acción prolongada del vasoconstrictor que contiene.

Aparecen zonas perfectamente circunscriptas de aspecto gangrenoso que a los pocos días se desprenden por la acción reparadora del tejido.

Una vez llegado este se mantendrá una rigurosa asepsia bucal.

CON LOS ANESTÉSICOS (loco-regionales).

En la actualidad las sustancias bloqueadoras que se expenden en el comercio tienen un mínimo riesgo de complicación si se siguen las instruciones del fabricante. Sin embargo su asociación con sustancias vasoconstrictoras obliga a tomar precauciones al administrarlo a personas con antecedentes de hipertensión o alteraciones cardiovasculares.

Su sobredosificación puede producir efectos colaterales tales como: cefaleas, insomnio, mareos, náuseas, escalofrío, palpitaciones o nervio - sismo que seden a las pocas horas de su administración.

CON MEDICAMENTOS Y ANTIBIÓTICOS

El uso indiscriminado de estos y la automedicación son los factores principales que llegan en un momento dado a desencadenar alguna complicación. Complicaciones que son variables dependiendo de la sensibilidad de cada persona y que van desde las leves como prurito, hasta las graves como el shock anafiláctico.

Hay que hacer notar que para evitar este tipo de reacciones es necessario que los antibióticos sean recetados y administrados por el profesional competente y este deberá saber, basándose en la historia clínica que tipo de antibióticos, dosificación y presentación será la indicada para cada caso.

A continuación se presentan las principales contraindicaciones y efectos colaterales por sobre dosificación, de los antibacterianos más comunes en la práctica médica.

Tetraciclinas.-

Contraindicaciones.- Durante la formación de complejo cálcico de tejidos osteorgánicos en desarrollo dental (causa manchas en los dientes).

En hipersensibilidad a la tetraciclina.

Durante el embarazo (tercer trimestre inclusive) o lactancia.

Enfermedad hepática o renal.

Estados hemorragíparos.

Efectos colaterales.- Por vía oral; Nausea, diarrea, glositis. Por vía i.m., dermatitis, vómitos, etc.

En pacientes con antecedentes de fotosensibilidad, se recomienda evitar la exposición solar durante el tratamiento.

Estreptomicinas.-

Contraindicaciones.- Alergia a la estreptomicina.

Enfermedad Hepática o renal.

Efectos colaterales.- Pueden afectar el VIII par craneal, ocasionando disminución auditiva y trastornos del equilibrio.

Ampicilinas.-

Contraindicaciones.- En personas hipersensibles al medicamento.

En infecciones producidas por estafilococos productos de penicilina

Efectos colaterales.- Desde dermatopatías hasta shock anafiláctico. Adormeciendo la boca. En algunos casos el uso de antibióticos puede ocasionar superinfecciones por lo que se recomienda en estos casos suspender el tratamiento.

Cefalexinas.-

Contraindicaciones.- Durante el embarazo.

Efectos colaterales.- Desde trastornos gastrointestinales hasta shock anafiláctico.

Enitracina.-

Indicada en pacientes alérgicos a la penicilina.

Contraindicaciones.- Por vía oral; produce alteraciones en la flora intestinal.

En la administración de antibióticos en presentación de sprays bucofaríngeos no deberá abusarse pues altera la flora bacteriana oral.

Cloramfenicol.-

Contraindicaciones.- En discrasias sanguínea, enfermedades renales y durante el embarazo.

Efectos colaterales.- Su uso prolongado puede producir leucopenia-tronbocitopenis, anemia aplástica, neuritis, reacciones alérgicas o fiebre medicamentosa.

Fungistáticos.-

Griseofulvina.-

Contraindicaciones.- Insuficiencia hepática y renal.

Reacciones secundarias; puede presentarse náusea, vómito, cefalea, fotofobia, erucción cutánea, que seden a comprender el tratamiento.

Sulfas.-

Contraindicaciones.- Alérgia a la fórmula, insuficiencia hepática y renal, glomerulonefritis.

Efectos colaterales.- Hepatitis tóxica, nefrosis, náuseas y vómitos

CON ANTIINFLAMATORIOS

Tripsina y quimiotripsina, bromelina.

Contraindicaciones.- Pancreatitis, enfermedades hemorrágicas, Insuficiencia hepática y renal. Es recomendable investigar antecedentes alérgicos a las enzimas proteolíticas y en caso de duda recurrir a la prueba de escarificación. En infecciones severas locales o generales.

Efectos colaterales.- Aumentan el tiempo de coagulación. Hematuria, prurito, erupción cutánea, antecedentes de fotosensibilidad.

En ocasiones como en cualquier proteína heterogénea pueden aparecer reacciones individuales que seden con antihistamínicos o corticosteroides.

Cloroquina.-

Contraindicaciones.- Ulceras de tracto digestivo. Insuficiencia renal y cardiovascular, diabetes, nefritis.

Efectos colaterales.- Sensación de ardor en la mucosa oral específicamente en el sitio de la colocación de la tableta.

CON LOS ANALGESICOS.-

Pirazonas.-

Contraindicaciones.- Insuficiencia hepática y renal, hepatitis, - nefritis, agranulocitopenia, úlcera gastroduodenal, displasia medular, - glomerulonefritis.

Efectos colaterales.- Náusea, vómito, pirosis, erupciones cutáneas.

CON LOS ANTIALERGICOS*

Principalmente los antihistamínicos indicados para contrarrestar la alergia de tipo medicamentosa:

Difenhidramina.

Paralromodilamina.

Tripelenamina.

Estas deberán evitarse en personas que operen aparatos de motor o precisión. Por sobre dosificación pueden presentarse efectos colaterales tales como somnolencia a cefalalgia.

CON ANTIHEMORRAGICOS

Menadiona (vitamina K).

Aunque útil en estados hemorrágicos y los causados por hipoprotrombinemia. Su administración se restringe en pacientes con antecedentes de infarto almeocardio, hemorragia cerebral y durante el embarazo. No sucediendo así con la fitonadiona (vitamina K 1), la cual no presenta ni efectos colaterales como tampoco contraindicaciones.

CON LOS ANTICOAGULANTES

Warfarin. -

Util en los padecimientos tromboembólicos infarto del miocardio, tromboflebitis, se contraíndica en padecimientos tales, como la endocarditis bacteriana, ulceraciones granulomas viscerales hemorrágicos y en lesiones hepáticas o renales.

Esta substancia debe usarse controlando su dosificación en relación con las respuestas del tiempo de protrombina.

Las hemorragias por sobre dosis deben tratarse con vitamina K1, - de 5 a 10 mg., por vía oral o 30 a 60 mg., por vía intramuscular.

CON LOS TRANQUILIZANTES

Un medio de prevención al recetar este tipo de fármacos será a cono

cer las contraindicaciones a la fórmula así como sus posible efectos co laterales, evitando así una posible reacción indeseada al paciente.

Diazepam.-

Contraindicaciones.- En administración conjunta de alcohol u-
fármacos psicotropicos, pues potencializan su acción. En personas Hipo -
tensas, los ancianos o debilitados se indicaran las dosis mínimas. Englau
coma, en miastenia grave, y en niños menores de 6 años.

Reacciones colaterales.- Somnolencia, resequeza de la mucosa oral,
disminución de la función sexual, y alergia que seden al reducir la dosis.

Meprobanato.-

Contraindicaciones.- Estados depresivos, pacientes con tendencias -
suicidas, y en personas alérgicas.

Efectos colaterales.- Petequias, rash, escalofrío, diplopia o cefa-
leas.

Difenilhydantoina.-

Contraindicaciones.- Precaución en pacientes hipersensibles a la fór
mula, anemia e hipotensión.

Efectos colaterales.- Hipertrofia gingival en pacientes hipersensibles
a la difenilisantoina, y pueden observarse fenómenos atáxicos.

COMPLICACIONES HEMORRAGICAS

Fundamental en la práctica adontológica saber controlar la hemorra
gia así como tratar a la persona que la padece.

Cualquiera que sea la causa profesional deberá calmar al paciente-
mientras averigua la cantidad de sangre perdida decide si está indicada-
la transfusión e intenta diagnosticar la causa y la mejor terapeutica po
sible.

Un método simple y rápido para saber cual fue la disminución del volumen sanguíneo cuando no es posible realizar estudios complicados - de laboratorio es la siguiente: La toma del pulso la presión con cambios de posición, es decir se coloca al paciente en decúbito durante - 2 o 3 minutos, se miden frecuencia cardiaca y presión arterial, posteriormente el paciente se sienta y pasados 30 segundos se vuelven a medir dichos valores. Cuando la frecuencia cardiaca aumenta en 20 latidos cuando menos y la presión arterial disminuye en 20 mm Hg. es indicio de una considerable pérdida del volumen sanguíneo y en este caso deberá realizarse una transfusión sanguínea inmediata.

CAUSAS DE SANGRADO BUCAL

FACTORES LOCALES:

- a).- Infecciones.
- b).- Irritantes locales.
 - Dientes en maloclusión.
 - Prótesis mal adaptadas.
- c).- Postquirúrgico o postraumático.
- d).- Traumatismos locales.

Debemos buscar íntegramente la causa general cuando la hemorragia no responda a la terapéutica local. Cuando no parece existir relación - con grado de trastorno local o cuando existen antecedentes familiares o personales de este tipo. En padecimientos como la gingivitis, el paciente solo presenta sangrado al cepillarse los dientes.

Otra causa de sangrado al cepillarse los dientes y de la aparición de manchas de sangre al dormir sobre la almohada, es el causado por las - fusoespiroquetas. Este sangrado generalmente cede al aplicar colutorios-

de peróxido de hidrógeno que puede ir acompañado de antibioterapia.

La hemorragia postquirúrgica puede ser abundante y antes de emprender maniobras que puedan dar lugar a pérdida de sangre, el cirujano debe haber realizado una historia clínica completa.

El paciente que sangra abundantemente por primera vez a pesar de haberse sometido a maniobras quirúrgicas previas de la cavidad bucal representa seguramente un caso de sangrado local, es casi seguro descartar un defecto hereditario de la coagulación.

Muchas veces la simple compresión de las placas óseas a nivel del alveolo vacío tanto por bucal como por lingual basta para detener la hemorragia.

En ocasiones es necesario desbrindar el alveolo, quitando sustancias extrañas, hueso necrítico, o un coágulo infectado, dejando que se forme un neocoágulo.

Si las medidas locales no logran cohibir la hemorragia postquirúrgica, se debe investigar con todo cuidado una posible alteración en las plaquetas o factores de coagulación.

COMPLICACIONES CON LAS INFECCIONES

PERICORONITIS

El término se refiere generalmente a la inflamación de la encía que rodea a los terceros molares inferiores parcialmente erupcionados. El capuchón que los cubre es traumatizado por las cúspides de estos molares por debajo y por las cúspides del molar antagónico por arriba, produciendo la irritación y consiguiente inflamación pericoronaria.

La acción en los restos alimenticios producen en la cara inferior del capuchón una ulceración extremadamente dolorosa. Estos dolores son lo

cales y muchas veces irradiados.

Para su tratamiento se recomienda la antibioterapia acompañada de irrigación tibia en la zona, con una solución anticéptica, posteriormente si no existe espacio para su completa erupción, se procederá a su extracción y la de su antagonista.

ALVEOLITIS

Se caracteriza por un dolor intenso e irradiado que se presenta - en el segundo y quinto día posterior a la extracción. Es producto de una falta de coagulación en el alveolo, por eliminación mecánica o por destrucción bacteriana.

Se trata a base de colutorios con soluciones antisépticas aunado a la aplicación de apósitos con óxido de zinc y eugenol, colocado cuidadosamente para retirarlo al cabo de 48 horas aproximadamente durante 4 -- días.

ABSCESO

Se puede presentar en el espacio aponeurótico anterior limitado por el borde posterior del músculo triangular de los labios, borde inferior del buccinador, por el borde cervical mandibular y por el borde anterior del masetero, con un tiempo de evolución de tres a quince días posterior a la intervención en este tipo de molares.

Se caracteriza por un aumento de volumen bien de limitado.

Se trata haciendo una incisión para colocar una canalización de este y conseguir el drenaje del contenido purulento, evitando así el desarrollo de posible flegmón.

Posteriormente se manda antibioterapia junto con antiinflamatorios y-

analgésicos.

TEJIDO DE GRANULACION

De naturaleza patológica, se forma ocasionalmente en las heridas en vías de cicatrización y dificultando a esta misma.

Se deberá extirpar completamente el tejido de granulación de los alveolos y tejido gingival con tijeras o con curetas.

El tejido de granulación al retirarlo produce gran hemorragia por su abundante vascularización, debiendo aplicarse hemostasis con presión digital por medio de gasas estériles. El tejido de granulación, además de ser una factor causal de la hemorragia postoperatoria, puede contener residuos óseos que de no extirparlos a tiempo da lugar a la formación de quistes incipientes.

CON LOS TRAUMATISMOS

Pueden ser uni o bilaterales de 3 tipos;

- 1).- Anterior.
- 2).- Posterior
- 3).- Superior.

La primera la más común consiste en la excursión del cóndilo de su cavidad glenoidea, quedando enclavado por detrás de la eminencia articular de la Apófisis cigomática que le impide deslizarse hacia atrás. Se produce generalmente por abrir demasiado la boca durante intervenciones largas y fatigantes.

El maxilar luxado puede volver a ser ubicado (en ocasiones bajo anestesia general) colocando los dedos pulgares de ambas manos del cirujano sobre las arcadas de la mandíbula, los dedos restantes sosteniendo el

borde inferior. Se imprimen dos movimientos una hacia abajo y otro hacia arriba y atrás. Reducida la luxación se podrá continuar la operación con suma precaución.

CON FRACTURAS DEL MAXILAR INFERIOR

Del ángulo.-

Un factor desfavorable en este nivel, es el gran espacio alveolar del tercer molar, debilitando así la resistencia ósea del ángulo mandibular correspondiente. Su tratamiento es quirúrgico y dura tres semanas aproximadamente.

Del cóndilo.-

Generalmente a nivel del cuello del cóndilo pues es la zona de menor resistencia ósea.

Ambos casos son causados principalmente por su aplicación excesiva en incorrecta de la fuerza al intentar extraer el molar. Aunque existen factores predisponentes tales como afecciones generales, operaciones en el metabolismo del calcio, diabetes, osteomielitis, etc.,.

Las fracturas condilares se tratan conservadoramente manteniendo su fijación aproximadamente tres semanas.

CONCLUSIONES

La ayuda moral y material de mis maestros, me han permitido, gracias a su atinada guía, el haber podido dar forma a esta publicación, - que espero pueda en alguna forma servir como ayuda, en los numerosos y difíciles problemas que representan las cirugías de los terceros molares superiores e inferiores retenidos, en cualquiera de sus modalidades.

También hay que ser concientes en todo momento, de que el paciente es un ser humano y no tomarlo como un caso más, por tratar en la cirugía bucal de los terceros molares no erupcionados.

Como todo cirujano dentista no solo debe tener conciencia de su aptitud y sagacidad, si no ha de tener conciencia de sus limitaciones - en forma tal que sea capaz de juzgar respecto de lo que es capaz de comprender y de llevar a término. Incluyendo los posible problemas postoperatorios. Las precauciones que se toman para que una intervención ; llegue a feliz término, (tales como su estudio preoperatorio y radiográfico) nunca serán excesivas. Por otro lado, la confianza derivada de aquellas no me deben de llevar a un descuido de la técnica que estoy empleando. Todos y cada uno de los aspectos relacionados con una intervención quirúrgica, deberán ser atendidos con mucho interés para bien nuestro y así, no tener ningún problema con el paciente, que ya de esto nos tomará la confianza y recomendación de nuestra labor desarrollada en nuestro consultorio.

BIBLIOGRAFIA

- W. Harry Archer. "Cirugía Bucal".
- Dorrance G. N. "Dental Cosmos".
- G. A. Ries Centeno. "Cirugía Bucal".
- Tieke Stuteville Calandra. "Fisiopatología Bucal".
- Dr. Baños Aparicio. "Apuntes de Cirugía Maxilofacial". Impartidos en la Clínica Vallejo U. N. A. H. 1977.
- Dr. Niels Bjorn, Jorgensen; "Anestesia Odontológica".
Editorial Interamericana, 1975.
- Quiroz F. (1952) "Tratado de Anatomía Humana Tomo I" Segunda Edición Editorial Porrúa. S.A. México, D. F. P. P. 76 - 78.
- Sischer H. (1960) "Anatomía para Dentista," segunda edición, S.A. Barcelona España P. P. 42 - 47.
- Gonzalez G. R. "Evaluación Radiográfica, del Tercer Molar Inferior Incluido Rev. Hispano - Americano de Odontología. Volumen. VI No. 36 Noviembre - Diciembre 1967 P. P. 381 - 388.
- Port - Euler (1951) "Tratado de Odontología" Primera Edición Labor, S. A. Barcelona España.
P. P. 198 - 201 - 212 - 215.

Guralnik Walter C. "Cirugía Oral" Editorial Salvat 1971.

Alvin L. Morris. "Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General".

Harry H. Bohammam, Editorial Labor Segunda Edición. Barcelona 1976.

Durante Avellanal C. "Diccionario Odontológico" Editorial Mundial, Segunda Edición Argentina 1964.

Ries Centeno Guillermo A. "Cirugía Bucal". Editorial "El Ateneo" Buenos Aires. Primera Edición 1960.

Schuchard Earl. "Tratado de Odontoestomatología", Editorial Alhambria. Tomo I I I 1962.