20, 1045

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES

T E S I S

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

JORGE JOSE VILLAGRAN CANALES

MEXICO, D. F. 1980

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

TEMA

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES - SUPERIORES E INFERIORES.

I.- INTRODUCCION.

CAP. II.- ANATOMIA DEL MAXILAR Y MANDIBULA

CAP. III.- ETIOLOGIA DE LOS TERCEROS MOLARES.

CAP. IV.- ESTUDIO RADIOGRAFICO.

CAP. V.- CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES Y SUS DISTINTAS VARIEDADES DE RETENCION.

CAP. VI.- INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TEJIDOS DUROS Y -- BLANDOS.

CAP. VII.- PASOS PARA EFECTUAR UNA EXTRACCION QUIRURGICA.

CAP. VIII.- EXTRACCION QUIRURGICA PROPIAMENTE DICHA.

CAP. IX.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

X.- CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO I

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

El tercer molar retenido es una de las anomalias mas-frecuentes en el hombre civilizado, ya que por eso es importante para el cirujano dentista.

El tercer molar ocupa dentro de la patología quirúrgica de los maxilares un papel considerable, la situación que-su retención origina.

Por eso el odontólogo debe de poner mas interes en el tercer molar, ya que la extracción de los terceros molares - es un padecimiento quirúrgico que debe ser llevado acabo de-acuerdo con una técnica específica y planeada de acuerdo al-tipo de retención lo cual el odontólogo la ha de tratar, nunca deberá de ser un padecimiento dejado. Cada paso debe de - ser planeado y ejecutado con presición y exactitud, el odontólogo deberá recordar que ligado al diente se encuentra un-ser humano que reacciona frente al trauma físico y emocional, por lo tanto ambos deben ser reducidos al mínimo.

CAPITULO II

ANATOMIA DEL MAXILAR SUPERIOR Y DEL MAXILAR INFERIOR.

Maxilar es un hueso par, que parte de los huesos de la cara, es de forma cuadrangular aplanado de adelante hacia a-- atras, por lo tanto va a presentar dos caras que son una in-- terna, y otra externa, cuatro bordes un anterior y un poste--- rior, un superior y un inferior y cuatro angulos dos superio- res y dos inferiores.

Cara interna.- Presenta en su cuarta parte inferior - una saliente horizontal llamada apófisis palatina, esta apófi sis presenta una cara superior lisa que forma parte del piso de las fosas nasales y otra interior rugosa que forma gran - parte de la bobeda palatina, su borde externo esta unido al - resto del maxilar, en tanto que su borde interno se adelgasa- hacia atras y se articula con el mismo borde de la apófisis - palatina del maxilar opuesto.

El borde anterior de la apófisis palatina que es conca vo por arriba, forma parte del orificio anterior de las fosas nasales, su borde posterior se articula con la parte horizon- tal del palatino, por detras de la espina nasal anterior en - su borde externo existe un surco que con el del otro maxilar- forma el conducto palatino anterior por el cual pasa el nervio esfeno palatino interno, una rama de la arteria esfeno palati

no.

Cara Externa.- Es su parte anterior presenta por ensima del lugar de implantación de los insisivos la foseta fisiforme donde se inserta el músculo misiforme, esta foseta esta limitada posteriormente por la eminecia o giva canina por detras y arriba de esta encontramos la apófisis piramidal, la - cara superior de esta apófisis forma parte del piso de la orbita entre el aujero suborbitario y la giva canina existe lafosa canina.

Del canal subortiratio salen los conductos dentarios - anteriores que termina en los alveolos destinados a caninos - y los incisivos.

La cara posterior de la apófisis piramidal corresponde por dentro la tuverosidad del maxilar y por fuera a la fosa - sigomatica, presenta diversos canales y orifisios llamados -- agujeros dentarios posteriores por donde pasan venas y arte-- rias destinadas a los molares.

BORDES

Borde Anterior.- Presenta la parte anterior de la apófisis palatina con la espina nasal anterior por arriba encontramos el orificio anterior de las fosas nasales y mas arriba el borde anterior de la rama o la apófisis ascendente.

Borde Posterior.- Constituye la tuberosidad del maxi-

lar su parte superior lisa forma la pared anterior de la fosa terigo maxilar, en su parte inferior el borde rugosidades se-articula con la apófisis. piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis terigoides, formando el conducto - palatino posterior por donde pasa el nervio palatino poste--- rior.

Borde Superior.- Forma el limite interno de la pared-inferior de la orbita y se articula por delante con el unguis, con el edmoides y tras con la apófisis orbitaria del palatino.

Borde Inferior.- Este borde presenta cavidades o alucolos dentarios donde se alojan las raices dentarias su apice perforado deja paso correspondiente a paquete vasculo nervioso.

Estructura. Esta formado por tejido esponjoso y tejido compacto las partes que estan constituidas por tejido es--ponjoso son las partes apófisis palatina, la base de la apófisis ascendente y el borde alveolar.

ANATOMIA DE LA MANDIBULA.

La Mandibula es un hueso impar, medio y simétrico que-esta situado en la parte inferior de la cara.

Esta dividido en tres porciones una el cuerpo y dos -- laterales, las ramas ascendentes.

El cuerpo.- Tiene forma de herradura, presenta una cara posterior concava, un borde superior alveolar y un borde - inferior libre.

Cara Anterior.- Es la línea media se ve una cresta -- vertical, una sinfisis mentoniana que termina por abajo en el vertice de una eminencia triangular de base inferior, la eminencia mentoniana, de la cual nace a cada lado una cresta llamada línea oblicua externa. Encima de la línea oblicua externa se encuentra el aujero mentoniano, este esta situado en el Trayecto de una vertical que pasa entre los dos premolares -- inferiores y da paso a los vasos y al nervio mentoniano.

Cara posterior.- Sobre la parte media y cema del borde inferior se observa cuatro pequeñas eminencias, dos a la - derecha y dos a la izquierda; son la apófisis genisuperior e- inferior, la apófisis geni superiores dan inserción a los músculos genioglosos, las inferiores a los músculos genio-hioi-- deos de las apófisis gen; nace de cada lado una cresta, la línea oblicua interna o milo hioidea de bajo de ella hay un surco estrecho llamado surco milohioideo por el que pasan los vasos y el nervio del mismo nombre. La línea oblicua interna divide la cara posterior del cuerpo en dos partes, una superior excavada sobre todo adelante llamada fosa sublingual, la inferior esta ocupada por una depresión de fosa submaxilar.

El borde inferior es grueso, liso presenta un poro por

El borde superior o alveolar del cuerpo de la mandibula esta escavado por unas cavidades los alveolos.

El borde inferior es grueso, liso presenta un poco por fuera de la línea media, una superficie ovalada ligeramente depmarda, la fosa digastricaen la cual se insertará el vientre anterior del digástrico.

Ramas Ascendentes.- Estas ramas son rectangulares alargadas de arriba abajo y presentan dos caras una externa y otra interna y cuatro bordes.

Cara Externa.- En su parte inferior se ven unas crestas rugosas oblicuas hacia bajo y hacia atras, sobre las cuales se insertan las láminas tendinosas del masotero.

Cara Interna.- Existen generalmente en la parte inferior de la cara interna unas crestas rugosas, en las cuales se inserta el músculo pterigoideo interno. En la parte media de esta cresta, se encuentra el orificio esta limitado por delante por una elevación triangular aguda, la espina de Spit, en la cual se inserta el ligamento esfeno maxilar.

Borde Inferior.- Se continua con el borde inferior del cuerpo y se reune por detras con el borde posterior paraformar el ángulo de la mandibula.

Borde Superior.- Presenta dos eminencias, una posterior el condilo y otra anterior la apófisis coronoidea, sepa-

radas la una de la otra por la escotadura sigmoidea.

El cóndilo esta unido a la rama ascendente por una porción estrecha, el cuello del cóndilo excavada por dentro y -- por delante, por una foseta rugosa donde se inserta el músculo pterigordeo externo, la apófisis coronoides es una lámina triangular vertical, la cual da inserción al músculo temporal la escutadura sigmoidea es concava y pone en comunicación a - las regiones mas y cigomática.

CAPITULO III

ETIOLOGIA DE LOS TERCEROS MOLARES.

La etiología mas lógica de los terceros molares incluidos o retruidos es la reducción evolutiva gradual del tamaño de la mandíbula, esta nos dará por resultado mandibula muy pequeñas en las cuales no habra espacio para la colocación de los terceros molares.

Esta teoría es apoyada por la ausencia congenita de algunos terceros molares o su hipo desarrollo; también en otros dientes se presenta ausencia congénita o malformaciones pero no con tanta frecuencia como los terceros molares.

Nodine dice que la civilización es la responsable de la disminución o falta de estimulo para el desarrollo correcto de la mandíbula y que esta cuenta con el espacio suficiente para la correcta erupción de todas las piezas dentarias. Este estimulo sería la fuerza necesaria para la masticación del alimento duro. Las dietas actuales no rquieren esfuerzo para la masticación. La teoria de Nodine esta comprobada por sus estudios realizados con mandibulas de antiguos egipcios y modernos bedunios, aborigenes australianos del sur, indios, de México y Esquimales, en las cuales nos demuestran que estos pueblos no presentan dientes incluidos, ya que la consistencia de sus alimentos vegetal o animal requiere gran fuerza

de masticación desde el niño pequeño al adulto.

Causas Locales.- Buger hace mensión de las causas locales de la inclución de las piezas dentarias: como la irregularidad en la posición, presión de los dientes adyacentes, mandibulas poco desarrolladas (falta de espacio) densidad del hu hueso que lo cubre, enfermedades adquiridas como la necrosis- por infección, enfermedades exematosas en los niños o permanecia excesiva de las piezas primarias.

Causas Sistemáticas.- Se puede presentar donde hay -- condiciones locales para ella Buger presenta lo siguiente:

1o. Prenatales.

a) Herencia.

b) Mezcla de raza blanca y negra.

c) Tuberculosis.

d) Sifilis.

e) Desnutrición.

2o.- Posnatales.

a) Anemia.

b) Enfermedades exematosas.

c) Tuberculosis.

d) Raquitismo.

e) Falta de espacio en la mandibula.

f) Sifilis hereditaria.

g) Disendoctrivas.

h) Enfermedades de los maxilares o tejidos vecinos.

Condiciones Raras.- Oxicefalia. Conocido también como cabeza de cono, en la cual la parte superior de la cabeza es- punte aguda.

Acondioplasia.- Enfermedad del esqueleto iniciada en - la vida fetal, ocasionada en forma de enanismo, el cartílago- en estas condiciones no se desarrolla en una forma normal.

Disostósis Cleidoraneal.- Es una condición congénita excepcional en la cual hay una mal calcificación en los huesos craneales, también se presentará en la ausencia parcial o to- tal de las clavículas; la segunda dentición será retardada, - por la cual habrá piezas permanentes no erupsionadas y dien-- tes supernumerarios.

Fisura Palatina.- Es una fisura congénita que se pre- senta en la línea media del paladar.

Estadística de Berten Cleszunki sobre la frecuencia de los dientes incluidos.

3er. Molar inferior	35%
Canino superior	34%
3er Molar superior	9%
2do. Molar inferior	5%
Canino inferior	4%
Incisivo Central superior	4%

2do. Premolar superior	4%
1er. Premolar inferior	2%
Incisivo lateral superior	1.5%
Incisivo lateral inferior	0.8%
Primer molar superior	0.8%
Primer molar inferior	0.5%
Segundo molar inferior	0.4%
Primer molar superior	0.4%
Incisivo central inferior	0.4%
Segundo molar superior	0.1%

El tercer molar inferior es la pieza dentaria que se - presenta incluida con mas frecuencia y es mas frecuente en el lado izquierdo debido a que este lado es mas corto. No hay -- estadisticas en lo referente a la mujer y el hombre, pero se- afirma que es mas frecuente en la mujer pues su mandibula es- mas pegucina.

CAPITULO IV

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

Para que el cirujano pueda tener exito en la elimina-- ción del tercer molar, debe establecer su posición anátomica- por medio del estudio del estudio radiográfico, utilizando radiografías periapicales, extraolares, interproximales y oclusales.

Periapicales.- En algunas radiografias periapicales - muchas veces nos resulta imposible visualizar el tercer molar, por desviación hacia mesial de la placa por los tejidos blandos de la rama ascendente o por nauseas del paciente. Por locual es necesario dirigir el rayo central en angulo recto, -- con el eje largo de la placa; nos dará una imagen acortada pero podemos determinar sus relaciones con el cóndilo dentario.

Extra Oral.- Una radiografía extra oral correctamente angulada nos permitirá observar los molares incluidos horizontalmente, esta radiografía se tomará de la siguiente manera.- Se colocará unaplaca de 15 x 21 cm en contacto con la cervical y horizontal de la mandibula, en la cual se encuentra lapieza incluida, el rayo central se proyectará a través de larama opuesta y en ángulo con película.

Interproximal (Aleta de Mordida).- Este tipo de radiografia podia visualizar los molares incluidos de clase I y II

en este caso, el rayo central se dirige en ángulo recto a través de la corona del segundo molar a la película con grado cero de angulación.

Oclusales.- Este tipo de radiografías nos podrá revelar la posición buco-lingual de la corona del 3er. molar inferior incluido. En esta clase de radiografias coloquemos la cabeza del paciente lo mas atras posible y el rayo central se dirige en ángulo recto a la placa, a través del borde inferior de la mandibula.

CAPITULO V

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES Y - SUPERIORES Y SUS DISTINTAS VARIEDADES DE RETENCION.

La siguiente clasificación fue sugerida por Pella y - Gregory.

Clase I.- Hay suficiente espacio entre la rama y el - lado distal del segundo molar para la acomodación del diáme-- tro mesio distal de la corona del tercer molar.

Clase II.- El espacio entre la rama y el extremo dis-- tal del segundo molar, es menor que el diámetro mesio distal- de la corona del tercer molar.

Clase III.- Todo o casi todo el tercer molar esta loca lizado en la rama ascendente.

Terceros Molares Inferiores.- Sus distintas variedad- des de retención son en posición vertical mesio angular, dis- to angular, horizontal, lingual, bucal, paranormal o inverti- da.

Posición Vertical.- El tercer molar inferior retenido- en posición vertical se clasifica así colocado directamente - del segundo molar sin desviación hacia el lado bucal o lingual y con su cara mesial libre del hueso mesial situandose el ex- tremo o porción mesial del hueso bucal a la altura del cuello anatómico del molar clinicamente este molar puede presentarse cubierto total o parcial por la mucosa o estar normalmente -

erupcionado, todas las caras del tercer molar estan libres -- del hueso.

En Posición Vertical con cara Mesial Inaccesible.- Tiene las mismas características que el tipo anterior la diferencia de el y la circunstancia de presentar la cara mesial inaccesible. El hueso mesial cubre su cara mesial y puede continuarse con el hueso oclusal, que cubre parte o la totalidad - de la cara oclusal; el hueso bucal puede cubrir o total o parcial la cara bucal o continuarse con el hueso oclusal.

Las mismas consideraciones hay que hacer con respecto a la presentación del hueso distal o lingual. Por lo tanto, - generalmente con terceros molares en retención intra osea total o parcial, aunque algunos tengan su cúspide erupsionada,- puede entrar en esta clasificación.

Clinicamente los terceros molares de este tipo se presentan cubiertos totalmente por la mucosa; o puede asomar alguna cuspide, generalmente la mesio bucal. Considerando la p- profundidad relativa del molar en el hueso, en este tipo de - retención la cara oclusal esta situada, por lo general entre las lineas oclusal y cervical o por debajo de la línea cervical.

Posición Vertical, Desviación bucal. Cara Mesial Accesible. El hueso mesial deja libre la cara homónima llegando hasta el cuello, el espacio interdentario es el normal. En un

extremo mesial, el hueso bucal deja libre la cara mesial, aunque se extremo distal, el hueso distal, el oclusal y el lingual pueden cubrir en parte las caras del mismo nombre del molar, el hueso bucal en esta posición es por lo general plano, en forma de meseta, por el hecho de encontrarse el molar hacia el lado bucal. Puede estar parcial o totalmente cubierto por la mucuosa, por lo general, una parte de sus caras oclusales, bucal distal y lingual se hallan cubiertas pudiendo estar erupsionada la cuspide mesial.

Posición Vertical Desviación Bucal. Cara Mesial Inaccesible. Es una posición similar a la anterior de la cual se diferencia por falta de acceso a la cara mesial.

El hueso mesial cubre la cara mesial de la corona del tercero, en distintas proporciones, el límite mesial de hueso bucal se comporta del mismo modo. El acceso a la cara mesial esta impedido por estas regiones oseas. Las distintas regiones oseas vecinas cubren en parte o totalmente el molar retenido, por lo general clinicamente sólo presenta su cúspide mesiolingual erupcionada o todo el molar cubierto por la mucuosa.

Posición Vertical Desviación Lingual. Con cara Mesial. Accesible.- En este tipo de retención vertical, la corona tiene su cara bucal por dentro (hacia el lado lingual).

El molar puede presentar sus ápices entre los planos - bucal y lingual del primero y segundo molar o desviados hacia el lado bucal, pero el molar en si esta desviado hacia la lengua, siendo por lo tanto su cara oclusal francamente lingual. Clínicamente el tercer molar presenta la cúspide bucomesial - erupsionada o esta toda cubierta por la mucosa no es un tipo común de retención. El exámen radiográfico nos dará mayor información.

Posición Vertical. Desviación Lingual Cara Mesial Inaccesible.- Se presenta con las mismas características que el- anterior, pero el detalle importante recide en que el hueso - mesial cubre la cara mesial y el hueso bucal, pudiendo la osi estructura rebasar los límites de estas caras y cubrir la -- oclusal, el hueso distal y el lingual pueden cubrir las caras homónimas y parte de la cara oclusal.

Clinicamente estos casos no presentan visibles ninguna cúspide.

Posición Vertical Desviación Bucolingual Cara Mesial - Accesible.- Este tipo de retención en la desviación bucolingual, en ángulo mesiolingual del tercer molar retenido esta - colocado aproximadamente a nivel de la proción media de la cara distal del segundo molar, el hueso mesial deja libre la -- cara mesial, lo mismo sucede con el extremo mesial de hueso - bucal, el disto oclusa y distolingual, pueden estar cubiertos

por hueso clinicamente estos terceros molares se presentan cu viertos totalmente por la mucosa o asoma la cúspide mesio bu cal.

Posición Vertical Desviación Bucolingual Cara Mesial - Inaccesible.- En este tipo de retención el molar se presenta con las mismas características que el anterior, del cual se - diferencia por el acceso a la cara mesial, la posición desvia ción e inclinación lingual, son semejantes a las del caso anterior, por el hueso mesial cubre la cara mesial y el extremo mesial de hueso bucal, llega hasta el ángulo buco oclusal del molar retenido. Sus cúspides distales se encuentran cubiertas por hueso, lo mismo que una porción variable de la cara oclusal. El centro del ángulo mesio angular del tercer molar esta en contacto con el ángulo desto bucal de la corona o con la - cara distal de la raíz distal del segundo molar.

Posición Mesio angular Sin Desviación Cara Mesial Acce SIBLE.- El tercermolar, en posición mesioangular, presenta su cara bucal en la misma línea que la imaginaria trazada sobre la cara bucal del primero y segundo y la cara lingual en las mismas condiciones, respecto a la línea que une las caras linguales de los segundos molares anteriores.

En este tipo de retención, en que el eje mayor del molar forma con el eje mayor del segundo molar, un ángulo abier to hacia abajo, su cara mesial esta libre del hueso mesial y-

y el extremo mesial de hueso sólo llega hasta el cuello anatómico del tercero. Los huesos distal, oclusal y lingual pueden cubrir en parte las caras respectivas. En un maxilar aislado que posea un tercer molar en posición mesioangular, sin desviación y con la cara mesial accesible, se observa la altura en que llega el hueso y se percibe claramente el triangulo formado por la cara distal del segundo molar y la mesial del tercero y el borde superior del hueso mesial. Este triángulo (el espacio interdentario es variable en su tamaño.

Clinicamente estos molares se presentan con la cara oclusal de su corona al descubierto, o la mucuosa cubre parte de la cara oclusal, la bucal y lingual. En algunos casos la mucuosa cubre el cuarto inferior o mesial de la cara oclusal, en otros solo es visible una cúspide, la bucodistal.

Posición Mesio Angular sin Desviación. Cara Mesial inaccesible.- En esta posición, los molares tienen sus caras dentro de los límites de las del primero y segundo molar, la diferencia con el tipo anterior recide en que su cara mesial esta cubierta por el hueso mesial, pudiendo estar la cara oclusal cubierta total o parcial por hueso, el hueso bucal cubre o sobre pesa los límites de la cara bucal. El hueso distal cubre la cara distal en posición variable. El molar puede estar en total retención intra osea. El espacio interdentario se halla ocupado por el tejido oseo mesial. Clínicamente en

este tipo de retención estan cubiertos por la mucuosa, en - algunos casos puede ser visible la cúspide bucodistal.

Posición Mesio Angular Desviación Bucal Cara Mesial -- Accesible.- En este caso el molar esta dirigido hacia el lado bucal, próximo por lo tanto el borde anterior del maxilar- la línea o plano imaginario, que une las caras bucales del -- primero y segundo molar inferior, pasa por sobre el tercio bucal de la corona del tercero. La cantidad del hueso bucal es menor que en el anterior descrito y la fosa retromolar adquiere proporciones en relación con desviación del tercer molar.- El hueso mesila deja libre la cara mesial del molar y el hueso bucal sólo cubre el molar hasta el cuello de este diente.- La mitad lingual del angulo mesio angular del molar retenidose halla en contacto con la mitad bucal de la cara distal del segundo molar, la cara mesial esta libre del hueso, es por lo tanto accesible.

Clínicamente se presenta por lo general con su cara - colusal al descubierto o la mucosa cubre el tercio distal dela cara oclusal.

Posición Mesio Angular Desviación Bucal Cara Mesial -- Inaccesible.- Este tipo de retención puede presentarse totalmente cubierto por hueso con respecto a la profundidad relativa del molar, en esta retención la cara oclusal (el punto alto de la cara oclusal) se encuentra por debajo de la línea --

oclusal y servical. En las retenciones intraoseas incompletas, el hueso mesial cubre la cara mesial del molar y se continua- con el hueso oclusal que puede llegar hasta el tercio mesial- de la cara oclusal. El hueso bucal cubre casi toda la totalidad de la cara bucal ypudiendos continuar con el hueso oclu-- sal. El molar así dispuesto tiene su cara distal cubierta por el hueso distal, en proporción variable de acuerdo con la profundidad relativa del molar en el hueso. Por lo general llega hasta el ángulo disto oclusal o lo rebasa continuandose con - el hueso oclusal.

El hueso lingual en las retenciones intra oseas parciales llega a cubrir parte de la cara lingual o se detiene a nivel de cuello del molar, clínicamente, en estos molares retenidos, la mucuosas se extiende sobre ellos sin apreciable soluciones de continuidad, puede presentar, en algunas oportunidades las cúspides distales al descubierto.

Posición Mesio Angular Desviación Lingual Cara Mesial- Accesible.- Tiene su cara bucal por dentro (hacia el lado lingual) de la línea que une la cara bucal del primero y segundo y su cara lingual por dentro (hacia el lado lingual) de la línea trazada en la cara lingual de los molares vecinos.

Por lo tanto el molar se asoma hacia el lado lingual. El hueso mesial deja libre la cara mesial, el extremo mesial- del hueso bucal también deja al descubierto la cara mesial. -

El hueso distal puede cubrir la cara distal del molar. El hueso lingual es débil y delgado, puede rebalsar el ángulo linguooclusal y continuarse con el hueso oclusal que se ubica sobre una estrecha superficie de la cara oclusal del tercero. El hueso bucal es ancho, pues la distancia entre el borde anterior del maxilar y el borde alucolar es considerable, debido a la proyección, hacia el lado lingual del tercer molar.

Clínicamente se encuentra cubierto totalmente por la mucuosa raramente alguna cúspide, la distobucal o parte del ángulo disto oclusal puede emerger en la cavidad bucal.

Posición Mesio Angular Desviación Lingual Cara mesial Inaccesible.- Se presenta en las mismas condiciones que el tipo anterior, en posición mesio angular, con la cara bucal por dentro (hacia el lado lingual) de la línea o plano bucal del primero y segundo molar y la cara lingual por dentro (hacia el lado lingual) de la línea o plano que une las caras linguales de estos últimos molares. En las pronunciadas inclinaciones linguales, la cara oclusal del tercero puede estar al mismo nivel que las caras linguales de los veciono o aún por dentro de esta línea, son posiciones que se acercan a la posición linguo angular, la diferencia con el tipo anterior reside en que el hueso mesial cubre la cara mesial del tercero, lo mismo sucede con el hueso bucal que puede llegar hasta el ángulo buco oclusal o rebasarlo, continuándose con el hue-

so cubre en parte o totalmente la cara oclusal. El hueso distal proteje la totalidad de la cara distal del tercer molar - retenido, pudiendo continuarse o no con el hueso oclusal.

El hueso lingual es más constante y se halla en relación la cara lingual, continuándose por lo general con un trozo entero posterior que cubre el tercio interno o lingual de la cara oclusal del tercer molar; este hueso lingual y el -- oclusal son sólidos y resistentes.

Clínicamente estos molares están totalmente cubiertos por la mucuosa.

Posición Mesio Angular Buco Lingual Cara Mesial Accesible.- Este tipo de retención la cara oclusal, en distinto -- grado esta dirigido hacia fuera, localizándose sus ápices por debajo y aún por fuera del borde anterior del maxilar. En la condición que estamos estudiando el hueso que rodea a la corona del tercer molar, se presenta en variada disposición. El - hueso mesial, en este tipo de retención, deja libre la cara - mesial, el extremo del hueso bucal deja también libre la cara mesial y el ángulo mesiobucal de la corona del tetenido, el - hueso distal llega por lo general hasta el cuello del tercero y ocupa esta cara hasta el ángulo disto oclusal de su corona, el hueso,oclusal en la mayor parte de estas retenciones sólo cubre el tercio interno de la cara oclusal. El hueso lingual es espeso y ancho y proteje la cara lingual, en extensiones -

variables, continuandose con el hueso oclusal que cubre el -- tercio interno de la cara oclusal, el ángulo lingual, que forma el hueso oclusal con el lingual, es romo y poderoso. Toda esta entidad, hueso-oclusal y lingual, es un sólido contrafuerte, cuya existencia hay que conocer e investigar porque suele proteger celosamente al molar retenido, su profundidad relativa del tercer molar en el hueso en este tipo de retención la corona se halla por encima del plano oclusal, algunas veces - por debajo del oclusal, nunca por debajo del plano cervical.- Clinicamente estos molares se presentan tapizados totalmente por la mucuosa, o la cúspide distobucal la distolingual y la cara oclusal estan al descubierto, diagnosticándose en estas circunstancias la desviación bucolingual del molar por el detalle de la dirección hacia el lado lingual de la cara oclusal del tenido.

Posición Horizontal Sin Desviación Cara Mesial Accesible.- En este tipo de retención se presenta ubicado horizontalmente en el maxilar, su eje mayor forma, con el mayor del segundo molar, un ángulo recto abierto hacia abajo y atrás. - El eje mayor del tercer molar corre po lo tanto, paralelo al eje central de la rama horizontal. La cara bucal del molar retenido esta en la misma línea de la que une las caras bucales del primero y segundo y su cara lingual en identicas condicio

nes con la línea o plano lingual.

Para tener su cara mesial accesible, necesita que su - profundidad relativa en el hueso, en este tipo de tercer mo-- lar sea tal que cara distal se encuentra por encima del plano oclusal y la línea servical de los molares vecinos.

El hueso mesial deja libre la cara homónima del molar- retenido ó solo lo cubre en parte, recuerdese que el tipo de- retención el hueso mesial es el subyacente del molar retenido, el extremo mesial del hueso bucal se comporta de igual manera permitiéndo el acceso a la cara mesial, el hueso bucal deja - libre la cara bucal, excepto en su límite distal, continuando se insensiblemente con el hueso distal que llega hasta el cuello del molar retenido. El hueso lingual corre paralelo en su borde alveolar, con el hueso bucal y se continua, como este - último con el hueso distal. Clínicamente estos molares presentan al descubierto gran parte de la corona, su cara oclusal,- gran parte de la distal y una parte de la bucal, generalmente la mucuosa lingual llega hasta el ángulo disto lingual de la- corona. El espacio interdentario entre el segundo y tercer molar esta libre de mucuosa o una delgada franja corre del lado al lingual cubierto de tercio mesial de la cara oclusal del - tercer molar.

Posición Horizontal Sin Desviación Cara Mesial Inaccesible.- En estas condiciones en el tercer molar se presenta-

semejante al tipo anterior. Su eje mayor es perpendicular al-eje mayor del segundo, la cara bucal del tercero se halla al-mismo nivel que el plano bucal del primero y segundo, mien---tras que la cara lingual se encuentra al mismo nivel que el - plano lingual de los molares vecinos.

El eje mayor del tercer molar es paralelo al eje cen--tral de la rama horizontal.

La profundidad relativa es diferente al molar presente su cara distal (el punto más alto de su cara distal) algunas-veces por encima del plano oclusal de los molares vecinos y - en algunas oportunidades por debajo de la línea cervical del primero y segundo la cara mesial se situa siempre por debajo-de la línea cervical, en algunos casos, esta cara se halla a-nivel del ápice distal del segundo. La cara oclusal puede es-tar en contacto inmediato con la cara distal de la corona o - raíz del segundo o estar separada de este molar por un breve-intervalo, ocupado por el hueso oclusal que es un importante-factor de resistencia.

El hueso mesial cubre la cara homónima y puede conti--nuarse en algunos casos con el hueso oclusal, existente sobre el tercero o mitad mesial, de la cara oclusal del tercero. El hueso distal cubre gran parte de la cara distal del molar re-tenido y puede prolongarse con el oclusal, igual pasa con el-

hueso lingual. El hueso oclusal cubre parte o totalidad de la cara oclusal.

Clínicamente se presenta totalmente cubierto por la mucuosa, a veces en que por su profundidad relativa la cara distal esta por encima del plano oclusal de los molares vecinos, puede presentar erupsionada su cúspide distobucal o el ángulo disto oclusal.

Posición Horizontal Desviación Bucal Cara Mesial Accesible.- En esta posición horizontal y en desviación bucal se presenta en la misma angulación que el tipo anterior, pero su corona se presenta hacia el lado bucal, en esta posición la - cara bucal del tercer molar se presenta por fuera del plano - bucal del primero y segundo molar y su cara lingual por fuera (hacia el lado bucal) del plano de las caras linguales de los molares vecinos, por lo general, el molar retenido presenta - su eje mayor horizontal, formando un ángulo recto con el ejemayor del segundo molar, a un angulo hablerto hacia atras, de grado variable, ángulo cuyo vertice puede situarse a nivel de la mesial del segundo molar.

Para que se presenta la circunstancia del acceso a lacara mesial, el molar debe estar dispuesto en tal forma, en - la que consierne a su profundidad relativa en el hueso, que - su cara distal, este por encima del plano oclusal de los molares vecinos, su cara mesial se encuentra generalmente por de-

bajo de la línea cervical del primero y segundo .

El hueso mesial deja libre en cierta proporción la cara mesial el extremo mesial del hueso bucal llega hasta la -- altura del borde alveolar, ambas circunstancias permiten el - acceso a la cara mesial.

Clínicamente estos molares presentan parte de su cara- distal y de la oclusal al descubierto.

Posición Horizontal Desviación Bucal Cara Mesial Inaccesible.- La diferencia de este tipo de retención a la anterior, recide en la profundidad relativa del molar en el hueso, lo cual modifica el grado de extensión del hueso pericorona-- rio.

La cara distal del tercer molar esta colocada por debajo del plano oclusal de primero y segundo molar, excepcionalmente por arriba la cara mesial se halla por debajo de la línea cervical.

La extensión y desarrollo del hueso pericoronario -- adquiere diversos aspectos, el hueso mesial cubre la totali-- dad de la cara mesial del tercer molar retenido, el hueso bucal llena el espacio entre la cara mesial del tercero y la -- cara distal de la corona del segundo, se extiende en propor-- ción variable sobre la cara bucal del tercero, el ancho del - hueso bucal es escaso, debido a la proximidad de la cara bu-- cal del tercero al borde anterior de la rama. El hueso distal

llega por lo general hasta el cuello del tercero, se extiende sobre la totalidad de su cara distal. El ángulo disto oclusal esta libre, lo mismo que la cara oclusal del tercero.

El hueso lingual es paralelo al bucal, pero forma una sólida meseta, en las formas profundas, el molar puede estar en total retención ósea, todas sus caras, por lo tanto, estan cubiertas por hueso.

Clínicamente los molares superficiales se presentan -- totalmente los molares superficiales se presentan totalmente cubiertos por la mucuosa cúspide disto oclusal o el ángulo - disto oclusal o el ángulo disto oclusal estan al descubierto en las formas profundas, la mucuosa no presenta ninguna solución de continuidad.

<u>Posición Horizontal Desviación Lingual Cara Mesial -- Accesible.</u>- El eje mayor esta dirigido en sentido lingual y - por lo tanto, el molar tiene su cara oclusal dirigida hacia - el lado lingual. Su ápice puede estar sobre la línea del arco dentario o puede hallarse hacia el lado bucal.

La cara bucal del tercer molar esta por dentro (hacia el lado lingual) del plano bucal del primer y segundo molar - su cara lingual se halla por dentro del plano lingual de - estos molares.

La cúspide mesio oclusal esta en contacto con la cara distal de la corona o con la cara distal de la raíz distal --

del segundo .

La cara distal del tercer molar esta al mismo nivel o-lije remente por encima del plano ocusla, su cara mesial esta colocada por debajo de la línea cervical (tengase presente el diámetro mesio distal de la corona). A pesar de tener tal ubicación la cara mesial, esta es accesible, debido a la escasa-altura de los hueso bucal y mesial.

El hueso mesial cubre percialmente la cara mesial, no-hay hueso oclusal.

El extremo mesial del hueso bucal deja al descubierto-el espacio entre la cara oclusal del tercero y la cara distal del segundo, el hueso bucal es ancho, puesto que la cara bu--cal del tercero esta ubicada por dentro del plano bucal, en - esta condiciones, la distancia entre el borde anterior del maxilar y el borde alveolar, al nivel del tercer molar es considerable.

El hueso distal llega hasta el cuello del molar retenido.

El hueso lingual es delgado o deja al descubierto una-parte considerable de la cara lingual del tercero.

Clínicamente se presenta con sus cúspide disto bucal - y disto lingual o parte de su cara oclusal al descubierto.

Posición Horizontal Desviación Lingual Cara Mesial --

Inaccesible.- Esta forma de retención es consecuencia de la - profundidad relativa del tercer molar en el hueso, la situa-- ción de este molar es parecida a la anterior, su diferencia - recibe en la inaccesibilidad a la cara mesial.

Clínicamente se presenta totalmente tapizados por la - mucuosa, o una cúspide, la buco distal puede estar al descu-- bierto.

Posición Horizontal Desviación buco Lingual Cara Me-- sial Accesible.- En esta forma en desviación buco lingual el molar se encuentra dirigido haci afuera (hacia el lado bucal), como en toda las posiciones horizontales el eje mayor del molar, es perpendicular al ejo mayor del segundo molar .

La cara bucal del tercero esta situado por fuera del - plano de la cara bucal del primero y segundo, su cara lingual esta por fuera, hacia el lado bucal del plano de la cara lingual de los molares vecinos, la cúspide mesiolingual y el ángulo diedro liguo oclusal esta por lo tanto a nivel del cen-- tro de la cara distal del segundo molar. La cara oclusal del- tercer molar se halla de la cara distal del segundo molar. La cara oclusal del tercer molar se halla dirigido hacia el lado lingual, en contacto esta cara con el ángulo distobucal del - segundo, este contacto representa un sólido anclaje del ter-- cer molar, sobre todo cuando el centro o parte del ángulo me-

sio oclusal se relaciona con el ángulo lo distobucal de la corona o raíz del segundo los ápices del tercer molar estan colocados a nivel del borde anterior de la rama ascendente del maxilar. Este tipo de retención con la cara mesial accesible, exige que la profundidad relativa del tercer molar. Este lijeramento por encima o al mismo nivel del palno oclusal de los molares vecinos y su cara mesial por debajo de la línea cervical. Este hueso distal llega por lo general hasta el cuello del tercer molar, el hueso lingual, a causa de la desviación bucal del molar es espeso y consistente.

Clínicamente presentan su cara distal y parte de la -- oclusal.al descubierto.

Posición horizontal Desviación bucolingual Cara mesial inaccesible.- Se presenta en condiciones semejantes a la anterior, su diferencia radica en la dificultad de acceso a la Cara mesial.

Desde el punto de vista de profundidad relativa del molar en el hueso, este tipo de retención está dispuesto de modo que la cara distal del 3o. (su parte más alta) está por debajo del plano oclusal de los molares vecinos; la cara mesial se encuentra por debajo de la linea cervical del 1ro. y sdo.- molar.

La La profundidad de la cara mesial suele ser mayor lle--

gando hasta el nivel del ápice distal del 2do. molar, y descendiendo de este nivel varios milímetos, en retenciones muy profundas. En tales casos el 3er. molar adquiere estrechas - relaciones con el conducto dentario.

La retención puede ser intra ósea total o una porción de la corona esta libre del hueso. El hueso mesial, cubre -- esta cara y puede continuarse con el oclusal cuyas proporciones varían con la profundidad del molar, y la mayor o menor- distancia de la cara oclusal del tercero, respecto a la caja distal del segundo. El hueso bucal cubre la caja homónima -- hasta superior o llega al ángulo distobucal continuándose o- no con el hueso distal. Este llega en los molares más superficiales hasta el cuello del tetenado o se prolonga hasta el ángulo disto oclusal y puede superarlo, continúandose con el hueso oclusal. La porción ósea lingual es siempre espesa y - maciza.

Clínicamente estos molares se presentan totalmente cubiertos por la mucuosa; en los más superficiales, puede aparecer la cúspide distobucal o el ángulo distobucal.

Posición Distoangular. Sin Desviación. Cara Mesial -- Accesible.- El 3er. molar en posición Distoangular se presenta con su eje mayor formando con el eje mayor del 2do. molar un ángulo abierto hacia atrás y arriba, por lo tanto la coro

na está dirigida hacia la rama ascendente; el grado de angulación del eje es sumamente variable; puede presentarse en contacto con la raíz distal del 2do. molar o puede existir un -- ancho espacio entre la cara mesial del 3ro. y la cara distal- del segundo molar. La cantidad del hueso que cubre total o -- parcialmente las distintas caras del 3er molar es también variable dependiendo esta cantidad del grado de desviación distal del tercer retenido.

Puede presentarse sin desviación en desviación bucal y desviación lingual; el tipo de desviación bucolingual no se - encuentra en esta posición.

Los terceros molares sin desviación presentan la cara- bucal de la corona a nivel del plano trazado por las caras -- bucales del primero y segundo molar; la cara lingual a nivel- del plano lingual.

El hueso mesial deja libre en su totalidad la cara mesial del molar retenido; el extremo mesial deja el hueso bu-- cal también deja al descubierto el espacio interdentario; de- ahí su condición de su cara mesial accesible.

El espacio entre las coronas tiene la forma de U o de- V, siendo sus lados las respectivas caras dentarias y el bor- de superior del hueso mesial que se dispone como convexo y sólido; no están ausentes; aunque no son frecuentes, procesos -

patológicos a su nivel.

Clínicamente estos molares se encuentran cubiertos por la mucuosa en la mitad distal de su corona y en las mitades - distales de las caras bucales y lingual; la mitad anterior de la cara oclusal y la cara mesial están al descubierto.

Posición Disto Angular. Sin desviación. Cara Mesial - Inaccesible.- En este tipo de retención se presenta semejante al anterior; la diferencia reside en el acceso a la cara Me-- sial, ambas caras bucal y lingual, están el línea con los planos de las caras bucal y lingual del primer y 2do. molar. La- profundidad relativa del molar en el hueso y la mayor inclinación son los detalles que varían en este tipo de retención.

La cara oclusal puede situarse a distinta altura con - respecto al plano oclusal de los molares vecinos. Estos molares están por lo general en retención intraósea total. CU-- biertas por lo tanto por hueso sus diversas caras; la densidad, disposición y espesor del hueso en las distintas caras - es variable; puede el ángulo mesio oclusal quedar libre.

La proximidad del molar retenido, con respecto al conducto dentario, es también variable, pero por lo general está en íntimo contacto.

Clínicamente estos molares se presentan integramente - cubiertos por la mucosa.

Posición Disto Angular Desviación bucal Cara Mesial - Accesible.- Cuando se encuentra en posición distoangular, pero en desviación bucal, hay una doble inclinación del eje mayor del molar. Por su tipo de posición distoangular, el eje - mayor del retenido, forma con el eje mayor del segundo forma- un ángulo abierto hacia atrás y arriba. Pero el eje mayor hacia el lado bucal; se coloca en desviación bucal dirigiendose su corona y la cara oclusal de la misma hacia la rama ascen-- dente. Esta desviación hacia el lado bucal presenta variaciones de acuerdo a la posición de los ápices del 3er. molar, -- los cuales pueden estar ubicados de tres maneras con respecto a los ápices del segundo; sobre la misma línea antero poste-- rior (Mesiodistal) que une los ápices de los molares; por fuera (hacia el lado bucal); o por dentro (hacia el lado lingual de la línea mencionada.

El hueso Mesial ya libre de la totalidad de la cara Mesial del tercero; el extremo Mesial del hueso bucal también - respeta la cara Mesial; por otra parte en consecuencia de la - ubicación del tenido el hueso bucal es siempre de exiguas proporciones; parte de la cara bucal u oclusal del 3er. molar -- está cruzado por el borde anterior del maxilar.

El hueso distal es sólido y se continúa con el hueso - oclusal; este cubre la totalidad o gran parte de la cara oclu

sal. El hueso lingual es ancho y sólido y termina a nivel de-la cara Mesial del molar retenido.

Clínicamente es todo el molar cubierto por la mucosa o es variable una parte de la cara mesial y el ángulo mesiooclusal.

Posición disto Angular. Desviación bucal. Cara Mesial Inaccesible.- La posición del molar es la misma que la anterior la diferencia recide en que la cara mesial del molar e--está enteramente cubierta por el hueso mesial. Las demás re--giones óseas pricoronarias cubren las distintas caras en grado variables. Son por lo tanto molares en total retención in--traósea.

Clínicamente estos molares se presentan totalmente cubiertos por la mucosa.

Posición distoangular. Desviación lingual. Cara Mesial Accesible.- Este tipo de retención se presenta de manera que su campo bucal está por dentro (hacia el lado lingual) del --plano bucal del primero y segundo molar y su cara lingual puede encontrarse por dentro y por fuera o al mismo nivel del --plano lingual, esta distintas desviación lingual del molar retenido, por lo tanto forma un ángulo agudo abierto hacia arriba. Sus ápices pueden estar ubicados sobre el mismo arco de -los ápices del primero o segundo o dirigidos hacia el lado bu

cal. El espacio entre la cara mesial del tercero y la cara -- distal del segundo es amplio.

En este tipo de retención, la cara mesial esta libre - del hueso mesial, el extremo mesial del hueso bucal también - deja libre la cara mesial el trozo restante del hueso bucal - cubre, por lo general, el extremo distal de la cara bucal del tercero. El hueso distal siempre proteje la cara distal del - tercero y se continua con el hueso oclusal que se encuentra - en proporciones diversas sobre la cara oclusal del retenido.

Clínicamente se presentan cubiertos totalmente por la- mucosa o asoma un ligero segmentode la cúspide buco oclusal.

<u>Posición Disto Angular Desviación Lingual Cara Mesial Inaccesible.</u>- Este tipo de la retención es la misma que la- anterior, el molar retenido se presenta en la misma angula-- ción y con identica desviación lingual. Su profundidad relati va en el hueso debe ser mayor que en el caso anterior.

Este detalle depende de la extracción del hueso mesial sobre la cara mesial. Estos molares estan totalmente cubier-- tos por huesos (retención intra osea total), presentando el - hueso pericoronario distinta disposición y espesor, el hueso- mesial puede ser de proporciones, el bucal es simplemente -- ancho, dada la posición del molar el hueso distal y el oclu-- sal en su porción distal, son resistentes, clínicamente estos

molares estan totalmente cubiertos por la mucuosa.

Posición Lingual Angular Cara Mesial Accesible o Inaccesible.- En este tipo de retención su cara mesial es accesible. El molar presenta su cara oclusal dirigida por completo hacia el lado lingual, sus raices, por lo tanto, estan situados por el lado bucal, por fuera, del plano bucal y por debajo de la línea oblicua, externa, la cara bucal también esta - libre del hueso bucal, el hueso bucal es amplio y relativamente sólido, el hueso distal cubre una parte de la cara distal- del tercer molar. El hueso lingual es de escasaz proporciones y cubre una parte de la cara oclusal, Clínicamente estos molares estan cubiertos por mucuosa.

Posición Buco Angular Cara Mesial Accesible o Inaccesible.- El tercer molar en posición buco angular constituye un tipo excepcional de presentación de los molares retenidos.

Las que presentan su cara mesial accesible tienen esta cara libre del hueso mesial. El hueso bucal cubre parcial o - totalmente la cara oclusal, la cara lingual que en esta posición es la cara superior, esta cubierta por el hueso, el cual se halla limitado entre el borde anterior del maxilar y la -- prolongación de la cresta temporal situándose este límite a - nivel del ápice del molar retenido, el hueso distal cubre la- cara distal y se continua con el hueso de las caras vecinas.-

El borde anterior del maxilar corta imaginariamente la cara - oclusal del tercer molar, o cruzada sobre la cara lingual.

Los molares que presentan su cara mesial inaccesible - son aquellos cuya profundidad en el hueso es mayor y su cara- mesial y las demás caras dentarias estan cubiertas por hueso. Son molares en retensión intra osea total.

Clínicamente estos molares se presentan totalmente cubiertos por la mucosa.

Posición Paranormal.- Este tipo de retención, fuera - de lo normal, puede colocarse bajo el título de paranormal -- abarcando esta denominación a los terceros molares invertidos, ectópicos y heterotópicos. Las diversas posiciones que a su - vez adquieren estos molares paranormales, escapan a todo ordenamiento. Algunos casos coexisten con la presencia del segundo molar inferior. Pueden hallarse por detras del segundo molar en posición invertida, es decir su caraoclusal dirigida - hacia el borde inferior del maxilar y sus raices hacia el cóndilo guardando alguna relación con los planos bucal y lingual.

La cantidad y calidad del hueso que cubre a estos molares paranormales escapa también a toda clasificación posible- porque depende de la ubicación del molar y de la presencia de proceso patológico a su nivel o grado de consistencia y cantidad de hueso que lo rodea.

Terceros Molares Superiores Retenidos.- Los terceros-molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho - menor que los inferiores. Su retención causa accidentes comparables a los originados por los 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.

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

La retención del molar puede ser intraosea o submucosa en este último termino, puede estar total o parcialmente retenido.

Posición vertical, posición mesio angular, distoangular, horizontal, paranormal.

Posición Vertical.- El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

Posición Mesio angular.- El eje del molar retenido - esta dirigido hacia adelante. En esta posición, la raíz del -

molar está vecina a la apófisis pterigoides. Esta posición no es muy frecuente.

Posición Disto angular.- El eje del tercer molar esta- dirigido hacia la tuberocidad del maxilar, la cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides, con lo - cual puede estar en contacto.

P Posición Horizontal.- El molar esta dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto, dando los accidentes mas arriba mensionados. La cara - triturante del molar suele también dirigirse hacia la bovedapalatina. El molar puede erupsionar en la bóveda .

Posición Paranormal.- El moral retenido puede ocupar diversas posiciones, que no se encuentran en la clasifica-- ción.

CAPITULO VI

INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TEJIDOS BLANDOS Y DUROS

En cirugía bucal, también se necesita un instrumental-adecuado y seleccionado, en terminos generales una operación-de cirugía bucal se propone habrir la encia y llegar hasta el hueso, practicar una ventana y por esta eliminar el objeto de la operación (un diente, un tumor, un proceso patológico).

Instrumentos para Seccionar Tejidos Blandos.

1.- Mango para bisturi.

2.- Tijeras finas para encía.

3.- Pinzas para disección.

4.- Pinzas de campo.

5.- Separadores de Farbeuf de mead de Farbeuf.-

6.- Tijeras o elevador de perióstio o perióstomo.

1.- Bisturi.- Se usa comunmente un bisturi de hoja - corta, consta de un mango y de una hoja, este puede tener distintas formas y tamaños, existen estos con hojas intercambiables las cuales se eligen según la clase de operación a realizar.

2.- Tijeras.- Las tijeras como instrumentos de sección de tejido, tiene escaso uso en nuestra especialidad. Se emplean para seccionar lenguetas y festones gingivales y son de varias formas como las de Neumann, son tijeras curvas que

se adaptan que han de realizar, pudiendo alcanzar la región - palatina y lingual de dificil acceso.

También pueden usarse tijeras rectas para seccionar -- bridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajos.

Se utilizan tijeras para cortar los puntos de satura,- tal operación requiere de tijeras de hojas pequeñas en espe-- cial curvas.

Pinzas para Disección.- Para audarse en la preparación de cojgajos y en otras maniobras el cirujano puede valerse -- de las pinzas de disección dentadas, con las cuales se toma - la fibromucosa sin lecionarla o las pinzas de dientes de ra-- tón, con tres pequeños dientes que se engranan y permitene - sostener el colgajo.

Pinzas de Kocher.- También sirven como las pinzas de - ratón para tal fín.

Pinzas de Chaput.- De cirugía gastro intestinal, per- mite tomar la fibromucosa bucal, siempre delicada sin lasti-- marla ni desgarrarla.

Pinzas de Campo.- Como su nombre lo indica son instru- mentos que se usan para tomar y fijar las compresas esteriliz- zadas que se emplean en la protección del campo operatorio.

Separadores de Farbeuf.- Cuyos dos extremos estan aco- dado.

Legras o Elevador de Perióstotomo.- Son de varias formas son rectas y acodadas, se emplean para despegar colgajos- y también para sitios de dificil acceso, tales como la bóveda palatina y la cara lingual del maxilar inferior, también se - emplean para despegar las bolsas de los quistes del hueso que las aloja.

Instrumental para Seccionar Tejidos Duros

1.- Fresa de alta velocidad.

2.- Alucolótomo o pinzas de gubia.

3.- Lima para hueso.

4.- Instrumental para exodoncia.

5.- Escopolo y Martillo.

6.- Porta Agujas.

Fresas.- El empleo del torno dental en las operaciones de la boca es de extraordinaria utilidad, la osteotomia es -- sencilla cuando es aplicada con ciertos cuidados. Las fresas- pueden sacar el hueso de por si o abrir camino a otros instrumentos, pueden usarse las fresas comunes empleadas en dentísticas redondas del número 5 al 8 ó de fisura las fresas se colocan en la pieza de mano en el angulo según las necesidades.

También se utilizan las fresas quirúrgicas de Schamberberg.

Pinzas de Gubia o Alveolótomo.- Las pinzas de gubia -

son rectas o curvas que actuan extrayendo el hueso por mordisco sobre este tejido, previa preparación de una puerta de entrada con los escoplos o directamente cuando se eliminan los bordes cortantes.

Lima para hueso.- Se utiliza para la preparación alizar bordes y eliminar puntas oseas.

Instrumental para Exodoncia.- Esto intrumental consta de elevadores y forseps. Los elevadores pueden ser rectos o en la punta son acanalados o terminado en forma de ó curvos. Los forseps de dos puntos de apoyo y sus terminales son de distintas formas.

Escoplo y Martillo.- Se usa para recesar el hueso que cubre el objeto de la intervención; la tabla externa en las extracciones del tercer molar inferior retenido para eliminar los quistes de distintos tipos que se desarrollan en los maxilares.

El escoplo es una barra metálica, uno de cuyos extremos esta cotado a bisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado actual a presión manual ó son accionados a golpes de martillo, hay varios tipos de escoplo que varian entre si en detalles. La hoja del escoplo puede ser recta o estar ahuecada en media caña.

Martillo.- Consta de una maza y de un mago que perimi-

esgrimirlo con facilidad.

Debe ser dirigido por el mismo operador toma este -- instrumento con la mano derecha y el escoplo con la izquierda o por el ayudante quien golpea sobre el escoplo a pedido del- cirujano.

Porta Agujas.- Tal instrumento es una pinza que toma - la aguja en el sentido de su superficie plana y la guia en -- sus movimientos.

Agujas para Sutura.- La sutura es una parte importante de la intervención nosotros la empleamos en todas las opera-- ciones de cirugía bucal.

Las agujas pueden ser rectas o curvas, de pequeñas di- menciones. Las agujas curvas son de dos tipos: concavo conve- xas en el sentido de sus caras y concavo convexas en el senti do de sus bordes. Se prefieren las concavo convexas en el sen tido de sus caras.

CAPITULO VII.

PASOS PARA EFECTUAR UNA EXTRACCION QUIRURGICA.

Se propone abrir por medios quirúrgicos la mucosa que tapiza la región de diente, por lo tanto la extracción consta de los siguientes pasos:

1.- Incisión.

2.- Preparación de colgajos.

3.- Osteotomía.

4.- Operación del molar.

5.- Tratamiento de la cavidad osea.

6.- Sutura.

Incisión.- La incisión tiene por objeto abrir los tejidos para llegar a planos más profundos donde se debe realizar el objeto de la intervención.

Para hacer la incisión nos valemos del bisturi. Para la exodoncia del 3er molar se han preconizado toda suerte de insiciones. Toda incisión debe de hacerse de un solo trazo de distal a mesial sobre la cera oclusal del 3er molar, que sea una base ancha como para que su irrigación no se encuentre perturbada ni impedida, ya que también es importante para una buena visualización que el colgajo obtenido no interfiera en las maniobras quirúrgicas.

Preparación de Colgajos.- Trazada la incisión se hace la - hemóstasis comprimiendo con breves instantes la región y se separan por medio del perióstotomo el colgajo de distal hacia mesial, toca frecuentemente el hueso apoyándose y haciendo movimientos de lateralidad y de giro.

Para facilitar la maniobra puede apoyarse el instrumento - en el ángulo bucodistal del segundo molar desplazando el instru-- mento hacia la línea media del pasiente.

Con este puente de apoyo se logra desprender el colgajo - en toda la extensión que se desee.

A esta altura del procedimiento puede tomarse con la mano- izquierda una pinza de disección ó dientes de ratón, la cual prenderá al labio externo o bucal de la incisión colaborando en las- maniobras que siguen.

Osteotomia.- Se denomina osteotomia al tiempo operatorio - que consiste en la eliminación instrumental del hueso que cubre,- proteje o aloja el objeto de la operación.

El objeto de la osteotomia es eliminar la necesaria cantidad de hueso como para tener acceso al molar u disminuir la resistencia que esta dada precisamente por la cantidad y calidad el - hueso.

La osteotomia se realiza en ciruqía bucal por intermedios- de escopelo, fresas y pinzas gubias.

Osteotomia por escopolo.- El espopolo puede ser usado de-dos modos distintos. El operador esgrime el mismo el escopolo y martillo. El primer instrumento tomando contra la mano izquierda, el segundo con la derecha, o el operador maneja sólo el escopolo dejando el empleo del martillo al ayudante, este metodo no-parece el más indicado y con golpes sucesivos e intermitentes.

Osteotomia con Fresas.- La fresa es un instrumento muy útil para realizar la osteotomia, su empleo es simple y su función puede ser realizada con exito, cumpliendo con ciertos principios, esto se refiere a evitar el calentamiento por excesivo y prolongado fresaso. Pueden usarse fresas comunes del No. 5 al 8 o de fisura No. 560 aplicadas en la pieza de mano, son muy utiles las fresas de carburo tungsteno que resecan el hueso con presición y rapidez.

Kilpatrick (1958) presenta una exitosa estadística por el empleo de este metodo.

Osteotomia con Pinzas Gubia.- La reseción del hueso lingual exige el empleo de este instrumento. Las pinzas gubia con-sus bocados presiona y elimina la cantidad necesaria del hueso,-actuando como una cizalla.

Operación del Molar.- Eliminada ya las estructuras oseas, se inicia la operación propiamente dicha que consiste en la extracción del tercer molar retenido.

El elevador llega a la cara mesial del molar retenido y -

allí su hoja aplica sobre la cara mesial el instrumento con punto de apoyo en el borde oseo y con una fuerza ejercida sobre su mango, eleva el molar siguiendo el camino de menor resistencia.

En terminos generales esta es la mecánica de la extracción.

Tratamiento de la Cavidad Osea.- Realizada la total extracción del molar retenido, son dos las maniobras postoperatorias - con repecto a la cavidad osea que alojaba el molar. La primera - se refiere a la eliminación quirúrgica del denominado saco peri-- coronario, y la segunda el tratamiento médico de la cavidad osea.

ELIMINACION QUIRURGICA DEL SACO PERICORONARIO.- El saco - pericoronario debe ser rigurosa y prolijamente resecado de la cavidad osea donde se aloja. La eliminación de este saco se realiza con cucharillas filosas que permiten separar los dos tejidos - el seco conjuntivo y la cavidad osea alveolar. Se toma el saco - con una pinza de Kocher curva y se corre con la cuchilla las distintas paredes oseas, buscando o procurando un plano de elivaje - que permitirá la total resección del saco.

OBTURACION DE LA CAVIDAD ALVEOLAR.- Se coloca en la cavi-- dad alveolar con una cucharilla, con el periostotomo o con una - pinza de disección, 2 ó 3 trozos de conos antibióticos.

Estos agentes bactericidas o bacteriostáticos quedan al - cubierto, por la sutura posterior, y previene la infección de coágulos sanguineos.

Existen en el comercio una gran cantidad de productos a ba

se de sulfamidas para expolvorear u obturar la cavidad osea, nuestra experiencia no acepta respecto a estos productos. Los antibióticos se comportan más eficazmente que los quimioterapicos el número de complicaciones postoperatorias de la línea infección (alveolitis) se han reducido a proporciones infimas con la administración de antibióticos en la cavidad o por vía parenteral o digetiva, simultaneamente con la aplicación local.

Sutura.- El cierre con sutura es el ideal quirúrgico. Se revisa e inspecciona la cara interna del colgajo eliminando tejidos de granulación o restos oseos o dentarios, se adapta cuidadosamente el perióstico y se vuelve el colgajo a su sitio de normal ubicación. El operador toma las pinzas portaagujas, con una aguja curva enhebrada con nylon o seda se procede, según arte atravesar en primer término el colgajo lingual, después el bucal (para el lado derecho á la inversa para el lado izquierdo) retirandose la aguja y practicando luego el nudo, valiéndose de la pinza porta agujas. Pasado los hilos se toma con los dedos indice y pulgar de la mano izquierda el cabo portador de la aguja se apoya este cabo en el porta agujas y se hace dar dos vueltas completas al hilo al rededor del porta agujas, de manera que las dos vueltas del hilo no deslicen hacia la punta del instrumento y que el cabo libre pase entre ellas, se ajusta el hilo a nivel de la herida y se tiene de este modo la subtura.

CAPITULO VIII

Extracción Quirúrgica Propiamente Dicha.- Eliminadas ya - las estructuras oseas, se indica la operación propiamente dicha- que consiste en la extracción del tercer molar retenido merced a la aplicación de la palanca.

El elevador llega a la cara mesial del molar retenido y - allí su hoja, aplicada sobre la cara mesial, el instrumento con- punto de apoyo en el borde oseo y con una fuerza ejercida sobre- su mango, eleva el molar siguiendo el camino de menos resisten-- cia.

No siempre puede aplicarse en forma absoluta, por razones dependientes de la posición del molar y disposición y forma de - sus raicez.

El método de la odontosección tiene muchas ventajas que - Pell y Gregory (1933) que se concretan en los siguientes puntos:

1.- Se disminuye el tamaño del campo operatorio lo cual - se traduce en menor edema postoperatorio.

2.- Se disminuye o reduce la cantidad del hueso a elimi-- narse.

3.- Se acorta el tiempo operatorio.

4.- Se suprime casi por completo el trismus postoperato-- rio.

5.- No hay lesión sobre los dientes vecinos.

6.- Se realiza una lesión mínima sobre el hueso vecino,-- pues en la extracción se usan elevadores de hoja pe-- queña que no traumatizan las estructuras peridenta- - rias.

7.- El peligro de fractura del maxilar queda muy disminuido, pues no se emplea la fuerza mecánica como único - factor.

8.- En un gran número de casos se disminyye el peligro de lesión sobre el nervio dentario.

9.- El método previene la fractura en las tablas alucolares externas o interna.

La odontosección puede realizarce sobre el molar en dos - distintas formas: se divide el diente según su eje mayor, ambas maniobras tienden a la finalidad de hacer de un cuerpo único, varios otros cuerpos de menor volúmen, sobre los cuales la aplicación de fuerza logra el fin propuesto. El éxito de la técnica - es la disminución mecánica de uno de los factores de la resistencia.

La odontosección se realiza en el campo quirúrgico que estamos considerando con distintos instrumentos como: escoplo, escoplo automático, fresas de carburo de tangsteno o fresas de diamante.

Según el eje mayor del molar debe emplearse los escoplos, para odontosección según el eje menor debe emplearse las fresas, excepcionalmente, los escoplos cuando fueran empleados, se requieran maniobras previas de desgaste del diente.

Odontosección con Escoplos.- El escoplo se emplea sobre todo para la división longuitudinal del molar retendio. Debe usarse un escoplo a doble filo y de hoja ancha de 7 a 10 mm. El escoplo puede usarse de dos modos distintos, como fue señalado en el capítulo VII (Osteotomía). El operador esgrime el mismo el escoplo y el martillo, martillo es manejado por el ayudante.- El golpe destinado a aseccionar el molar debe ser de una intensidad tal que logre su propósito en un solo intento. El borde cortante del escoplo se coloca sobre lacara oclusal del molar a seccionarse, o sobre el surco bucal, para que su acción sea efectiva debe estar colocado perpendicular a la cara oclusal.

La odontosección según su eje mayor requiere que se tenga una suficiente cantidad de cara oclusal al descubierto, para realizar de este modo la maniobra sin tropiezo, por esta razón la osteotomía debe ser previa a la odontosección.

Odontosección con Escoplo Automático.- El escoplo accionado por torno dental es un instrumento útil para realizar esta maniobra.

Es menester colocar el resorte correspondiente en el máxi

mo de fuerza, para que su acción sea eficaz. El filo del escoplo automático se aplica en la misma forma que el escoplo común.

Odontosección Con Fresa.- La fresa se emplea para seccionar el diente según su eje menor, en algunos casos se puede usar para la sección longuitudinal. Para la odontosección según su eje menor, el corte del diente debe hacerse a nivel del cuello. Se emplean fresas redondas o de fisura.

El uso de fresas de carburo y torno de alta velocidad simpleifica el problema, Debe evitarse el calentamiento del molar por el fresado, calor que se trasmitira al tejido oseo vecino. lecionandolo; es útil irrigar la zona con suero fisiológico.

El corte del molar puede iniciarse desde el lado bucal allingual, soccionando el diente en su totalidad, o la fresa se detiene a la altura que le permita el acceso. Si la sección con la fresa es incompleta, el corte se termina con un golpe del escoplo o con un elevador, el cual se insinura entre los bordes de la sección. La dirección que debe darse al corte del molar en, la fresa es dirigida de atras a adelante, moviendo el ángulo recto hacia arriba todo lo que le permitan los tejidos blandos distales a la altura de la boca. Esta dirección que se da al corte tiene por objeto que la parte distal la corona del molar seccionado sea mayor que la parte mesial, con el objeto de que la corona pueda desplazarse en las maniobras comodamente hacia arriba, el corte -

de la corona en sentido inverso, dejando la cara mesial mayor que la distal, impide por razones de la lógica que la corona se desplace en el sentido indicado. En algunos casos de desviación bucolinguales con la cara mesial inaccesibles, será menester realizar en la corona ya seccionada, un nuevo corte en mesiodistal, corte que dividirá la corona en una porción bucal y otra lingual, las cuales se eliminarán por separado.

Extracción de las Porciones Seccionadas.- Dividido el molar por los dos procedimientos señalados y siguiendo cualquiera de los dos sentidos, las partes resultantes debe extraerse por separado.

Extracción de las porciones en la sección según el eje mayor.

El estudio radiográfico del molar retenido que da las indicaciones para la odontosección, indicará cual será la porción a extraer primero.

Un elevador de clev-dent, derecho o izquierdo, de acuerdo al lado en que se opere, se introduce a nivel de la cara bucal, entre los segmentos seccionados y se torciona el mango del instrumento, tratando de desplasar hacia ael lado distal la porción distal, este primer intento nos informará si esta realmente dividido el molar, de no estarlo, se realizará una nueva aplicación del escoplo. De acuerdo a la curvatura que presenta la raíz distal, esta describirá un movimiento en arco al elevarse y desplazarse en-

sentido señalado.

Estracción de la Corona.- Se ha realizado las maniobras - quirúrgicas previas y se ha movilizado la corona seccionada.

Se introduce un elevador NX L.R. de Winter a nivel de la- cara mesial, en el espacio interdentario, y se rota el instrumen to en el sentido de su eje. Si esta maniobra no consigue elevar la corona porque la sección no logro un paralepipedo a base infe rior, menor que la superior, o porque existe un sólo anclaje de- las cúspides por debajo del cuello del segundo molar, se procede a imprimir el elevador su función de palanca de primer género y- con apoyo en la cima del hueso mesial se deciende el mango del - instrumento, procurando elevar la corona seccionada.

Si aún mantiene la imposibilidad de extraer la corona, - por las razones señaladas, será conveniente seccionarla de nuevo con una fresa, en el sentido mesiodistal.

Extracción de la Raíz.- La extracción de la porción radi- cular esta dada por la forma y disposición de este elemento.

- Raíces fusionadas.- El macizo radicular se elimina con un elevador 11 LoR de Guinter introduciendo en el espacio dejando - por la corona, insinuandole entre el hueso y la cara mesial de - la raíz, girando el mango del instrumento en el sentido en que - permita desplazar hacia el lado distal de la raíz, esta se elimi na en esa dirección. Es útil la aplicación de una técnica senci lla que consiste en realizar una fresa redonda, el ángulo recto,

u orificio sobre la cara distal de la raíz, en este orificio se-introduce la punta de un elevador de clev-dent o 14 de Winter '-(Derecho o Izquierdo según el caso) y apoyando el lomo de la hoja en el borde óseo distal y girando el mango del instrumento en el sentido de desplazar la raíz hacia el lugar dejado por la corona, se realiza tal maniobra.

Dos Raíces Individualizadas.- (Divergentes o convergentes) Puede extraerse aplicando el elevador 11 de Winter de clev-dent,-por debajo de la cara mesial, con el mismo movimiento ya indicado para las raices funcionadas. Puede realizarse el orificio sobre-la cara distal de la raíz y eliminarlas también con la misma técnica. O se procederá a separar las raices con una fresa de fisura en la pieza de mano, separación que debe estar indicada por - el exámen radicular, obtenida la división, se extrae cada uno de-los elementos por separado. La raíz distal, realizado el orifi+-cio ya comentado; la raíz mesial con elevadores aplicados en la - cara mesial y a expensas del alveólo vacio.

En todos los casos la forma y disposición radicular gobernará la técnica de los movimientos.

CAPITULO IX

TRATAMIENTO POST OPERATORIO.

Estos cuidados consisten en indicaciones que daremos al - pasiente para que nuestra intervención sea un éxito.

Una higiene bucal escrupulosa de las piezas no afectadas- acelerará la curación y eliminará el olor y gustos desagradables, se indicará el uso de dentífricos para la limpieza, evitando la-: zona afectada.

El frío local se usa en todos los casos de trauma en que- no exista infección aguda, con el fín de disminuir la inflama- - ción. El frío controla la hemorragia por vaso constricción, evi tandose por lo tanto hamatomas y la equimosis local.

El frío retarda los procesos inflamatorios, químicos y fi siológicos, el uso del frío es limitado en los edemas generales, su valor esta al emplearlo al principio y por tiempo no muy pro- longado y en la cirugía bucal tiene aplicaciones aún más limita- das como: procedimientos postoperatorios en la reducción de frac turas, odontectomia y otros transtornos en los cuales la infec-- ción no es factor, después de ocasionar un traumatismo en la man díbula, con la intensión de reducir la inflamación y la acumula- ción de líquidos tisuales y exudados, para aliviar el dolor en - las reuraligias faciales y pulpitis, etc.

La terapia del frío es aplicada por medio de la bolsa de-

hielo paños fríos o hielo picado en una toalla, su aplicación es intermitente por periodos no más largos de 20 minutos, ya que - puede producir congelación ocasionando necrosis y gangrena.

Si el uso del frío en caso de inflamación no produce la - reducción del proceso de 24 horas, deberá intentarse tratamiento por calor.

La aplicación del calor local aumenta la vascularización, produciendo una hiperemia, apresurada el drenaje de los líquidos extra celulares y en presencia de una infección patogénica y ayuda a presipitar la evolución de la colección purulenta, ya que - la inflamación es una respuesta del organismo a los traumas y - agreciones bacterianas y una línea de defensa para combatir tanto una como la otra los leucositosis son las más importantes células de la defensa orgánica, los macrófagos linfositos y anti-- genos específicos son los refuerzos secundarios.

El calor lo usamos en caso de celulitis o flegmones resultantes de extracciones contaminadas o abscesos de etiología bacteriana, donde el drenaje es aconsejable y la infección tiende a - extenderse a los tejidos vecinos, este mecanismo puede producir- la localización de la infección para su incición y drenaje.

La alimentación del pasiente será a base de una dieta blanda bien balanceada las primeras 48 horas.

Indicaremos también una terapia a base de analgésicos y - antibióticos, aconsejandose de estas últimas la penicilina sódi-

ca cristalina a una dósis de 50,000 m/kg de peso, administrando-la dósis total así calculada cada 6 horas de día y de noche.

CAPITULO X.

CONCLUSIONES.

La presente tesis fué concebida al observar que la mayoria de los pacientes con dolor maxilo facial representan para el cirujano dentista un verdadero problema para establecer un diagnóstico preciso, a menos que se utilice con toda exactitud los fundamentos básicos de diagnóstico, en convinación con los conocimientos sólidos de patología que podamos tener. Una vez descartadas las posibilidades de alguna enfermedad considerada como de extrema gravedad y para lograr este aspecto, debemos utilizar todos los estudios de gabinete y laboratorio. Deberemos realizar todos los esfuerzos para establecer el diagnóstico correcto. Cuando se enfrenta un problema terapéutico o diagnóstico que no pueda resolverse con toda honestidad debemos referir el caso a médicos especializados en areas como cirugía bucal, Neuralgía o Neurocirigía ya que ellos con su gran experiencia, deberán ayudar al paciente a resolver su problema.

Establecido este preambulo deseo señalar que la responsabilidad del dentista hacia el paciente con una urgencia dental de este tipo, es aliviar el dolor y determinar si su condición es o se puede convertir en una amenaza a su salud general.

El diagnóstico preciso debe ser el primer paso para lograr el fin también es responsabilidad del cirujano dentista capacitarse lo mejor posible para reconocer las manifestaciones clinicas -

de proceso un tanto poco frecuente como es el caso de la inclusión de los terceros molares dado el papel que cda vez juega con mayor frecuencia el Cirujano Dentista en el cuidado total de todo género de manifestaciones clinicas relacionadas con la cavidad oral, ya que el dentista que hace cirugía en su consultorio deberá estar preparado para reconocer y evitar las complicaciones que pueden seguir la mayor parte de los pacientes para cirugía bucomaxilar son ambulatorios y generalmente estan en buen estado de salud. El Doctor prudente siempre recordará que siempre existe posibilidad de enfermedades generales relacionadas o simultaneas con las manifestaciones de dolor dentro-maxilar que pudiera causar complicaciones durante la cirugía ó después de la misma. Debe apreciar sus limitaciones recordando siempre que el mundo real de la odontología la madurez profesional, el temple y el valor del Dentista son probados cotidianamente en su reacción basada indudablemente en la solidez de sus conocimientos al presentarse una situación de vigencia inesperada.

BIBLIOGRAFIA

RIES CENTENO GUILLERMO.- EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

ARCHER HARRY W.- ATLAS PASO POR PASO TECNICA QUIRURGICA.

DR. FERNANDO QUIROZ.- TRATADO DE LA ANATOMIA HUMANA.

RIES CENTENO GUILLERMO.- CIRUGIA BUCAL.

ARCHER HARRY W.- CIRUGIA BUCAL.

COSTICH WHITE.- CIRUGIA BUCAL.

GUSTAVO A KRUGER.- CIRUGIA BUCAL.