



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL
TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO**

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de :

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Xochitl Marina Teresa Sánchez Tovar

MEXICO, D. F.

ENERO DE 1985



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 está 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.

INTRODUCCION

A través del tiempo se ha venido observando como debido a muchos factores tanto ambientales, hereditarios, nutricionales, etc. el hombre ha sufrido infinidad de cambios.

Dentro de nuestra rama la Odontología también hemos observado que estos cambios ó mutaciones se han presentado, es éste el caso del tercer molar inferior.

El hombre prehistórico presentaba una mandíbula tan amplia que permitía la erupción de éste molar en forma normal, e inclusive se hace mención de la erupción de un cuarto molar el cual realizaba sus funciones de oclusión y masticación sin problemas ni alteraciones.

Hoy en día esto no sucede así pues podemos ver como en la práctica diaria se presentan con más frecuencia los problemas de inclusión del tercer molar y en ocasiones observamos que el gérmen que dará su origen no se presenta.

Esto nos obliga a todo Cirujano Dentista a conocer el tratamiento que realizaremos ante éste aspecto que es la Cirugía ; a pesar de que se le ha denominado Cirugía menor, es un tema que requiere de todos nuestros conocimientos y capacidades ; en lo personal es una rama en donde desearía profundizar más tanto en nuestros estudios como en la práctica ; es por esto que tomando un tema específico he tra-

tado de abrir y ampliar mis conocimientos para satisfacer de éste modo una inquietud personal.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

ANATOMIA :

EL TERCER MOLAR INFERIOR
REGION MANDIBULAR

CAPITULO II

CAUSAS DE INCLUSION

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO :

HISTORIA CLINICA
EXAMEN RADIOGRAFICO

CAPITULO V

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

CAPITULO VI

CUIDADOS PREOPERATORIOS :

INSTRUMENTAL
ASEPSIA Y ANTISEPSIA
SELECCION DEL ANESTESICO
TECNICA ANESTESICA

CAPITULO VII

TECNICAS QUIRURGICAS

CAPITULO VIII

CUIDADOS POSOPERATORIOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

ANATOMIA

CAPITULO IANATOMIA

EL TERCER MOLAR INFERIOR :

El tercer molar inferior es el octavo diente a partir de la línea media , correspondiente al diagrama de cuadrantes el número "8", esto por debajo de la línea horizontal y a los lados de la perpendicular $\begin{array}{c} \text{8} \\ \text{8} \end{array}$; en el odontograma numérico le corresponde el número "17" al izquierdo y el "32" al derecho ; en otro más se le designará al derecho el número "48" y al izquierdo el "38" .

Este molar presenta un desarrollo menor a los otros molares inferiores y aunque semejante a ellos es más irregular por lo que se considera que es un caso especial de diente ; suele tener cuatro cúspides, dos vestibulares y dos linguales , presentandose cortas y bien redondeadas ; es muy común encontrarlos con una gran distorción en su figura tanto en la corona como en la raíz ; pero más importante aún para nuestro tema son las diferentes variaciones que existen en su posición , debido a ésta situación se observa que en la mayoría de los casos éste diente no hace oclusión y en más de la mitad no hace erupción.

La superficie Mesial y Distal de éste molar es similar a la del segundo molar inferior, excepto por su tamaño, que -

es menor; la superficie oclusal de igual manera se le asemeja .

Sus raíces que suelen presentarse mesial y distalmente pueden venir fusionadas dando una apariencia unirradicular ó bien ser multirradiculares presentando curvaturas, quiebres o formas totalmente caprichosas; pueden ser cortas en su corona , dando una apariencia de enanas ó ser realmente enanas ó bien ser desproporcionalmente más grandes que la corona.

La evolución de crecimiento del folículo ocurre cuando ya el arco dentario ha tomado su funcionamiento normal y es frecuente que su erupción no sea necesaria para desempeñar ninguna función dentro de la cavidad bucal , por lo general la erupción del tercer molar causa trastornos traumáticos e infecciosos , acompañados de dolor, etc. , no obstante entre los individuos de raza indígena así como los de raza negra es frecuente encontrar a los terceros molares perfectamente erupcionados y realizando una oclusión normal.

MAXILAR INFERIOR :

La mandíbula ó maxilar inferior es el hueso más fuerte y grande del esqueleto facial, es un hueso impar, pero se le atribuyen partes componentes; como una parte horizontal-llamada " cuerpo " y otra vertical denominada " rama ascendente " , la zona de la mandíbula donde el cuerpo se une a la rama es conocida como " ángulo mandibular ", éste se extiende desde la zona del tercer molar hacia atrás hasta la extremidad más posterior de la mandíbula.

La porción anterior del cuerpo, comprendida entre los dos caninos se le conoce como " sínfisis " ; en ésta zona el borde inferior de la mandíbula presenta una superficie abultada llamada "protuberancia mentoniana" .

La superficie superior del cuerpo de la mandíbula que rodea y sostiene a los dientes es la "apófisis alveolar " .

La rama ascendente tiene en su extremo superior dos apófisis separadas por una escotadura ; una de éstas la más posterior se le denomina " cóndilo " y la anterior de forma triangular es la " apófisis coronoides " , separadas entre si por la " escotadura sigmoidea " la cual tiene forma de S .

La porción más superior del cóndilo también recibe el -

nombre de cabeza y es la parte articular , debajo de ésta superficie se encuentra una parte estrecha conocida como cuello del cóndilo .

A nivel de los ápices de los premolares inferiores y debajo de ellos se encuentra el " agujero mentoniano " ,esto es en la superficie externa del cuerpo mandibular ,por él pasa el " paquete vasculonervioso mentoniano " la dirección que toma éste paquete es lateral ó externa ,por lo tanto se dirige a tejidos blandos y músculos del labio inferior .

Desde la zona del agujero mentoniano hacia atrás y aproximadamente al mismo nivel,se observa una elevación en la superficie externa de la mandíbula:ésta se extiende hacia atrás hasta la zona de la rama ascendente,a ésta zona se le denomina " línea oblicua externa" en la cual se inserta el músculo buccinador.

En la superficie medial ó interna existe otra elevación - que corresponde en dirección y longitud a la línea oblicua externa y es conocida como " línea oblicua interna ó milohioidea " .

Por encima de ésta línea hay una superficie cóncava,lisa conocida como "fosa sublingual " y se le dá éste nombre - ya que en ella se aloja la glándula sublingual .

Por debajo de la línea milohioidea hay una depresión deno

minada "fosa submandibular" (ó submaxilar) donde se encuentra la glándula submandibular (submaxilar) .

El trigono retromolar (triángulo mandibular) es la zona que está detrás del tercer molar inferior y anterior al borde de la rama ascendente; éste triángulo está formado por la unión de las líneas oblicuas interna y externa y su base es la superficie distal del tercer molar .

Sobre la superficie interna y más anterior de la mandíbula ,cerca del borde inferior, en la zona de los incisivos centrales aparecen pequeñas proyecciones las cuales se presentan en pares superior e inferior y son conocidos como " tubérculos genianos ó espinas mentonianas " ; en el par superior se inserta el músculo " geniogloso" el cual mantiene la lengua hacia adelante al unirla a la mandíbula .

Debajo de los tubérculos genianos y extendiendose lateralmente a cada lado, está la "fosita digástrica" , en la cual se insertan los músculos "digástricos".

También en la superficie interna pero sobre la rama, está el "agujero dental mandibular ó inferior" , por el cual pasa el "paquete vasculonervioso dental inferior" .

Si continuamos en dirección inferior y anterior desde és

te agujero a lo largo de la mandíbula encontraremos el "conducto dental inferior" por donde pasa el paquete vasculonervioso "dental inferior" proporcionando sus ramas a todos los dientes de la mandíbula .

Por delante de éste agujero se encuentra una apófisis -- aguda con forma de espina conocida como "espina de Spix" insertandose en ella el " ligamento esfenomaxilar " .

MIOLOGIA :

En éste paréntesis hablaremos de los músculos que tienen relación directa con nuestro tema de estudio, con objeto de que al realizar nuestra incisión y así el legrado tengamos el conocimiento de qué músculos deinsertaremos, así como para evitarles un daño y realizar nuestra cirugía sin titubeos .

Masetero

Este músculo se origina en el arco cigomático y en el hueso malar , se dirige abajo y atrás para insertarse en la superficie externa del ángulo mandibular, participa en la protrusión y en la extrusión por sus dos tipos de fibras estos dos fascículos son uno externo y anterior y otro profundo posterior e interno .

Es importante para nuestro tema de estudio la cara interna de éste músculo ,pués se relaciona con la cara externa de la rama ascedente ,esto es importante ya que en algunos casos de retenciones como lo es en proyección bucal-ó bien en donde el tercer molar se encontrára muy por atrás de la rama ascedente sucedería que la cara interna de éste músculo estaría en vecindad con el molar retenido en ocaciones parte de sus fibras tienen que ser desinsectadas para poder abordarlo .

Otra relación importante es la que tiene con el músculo Buccinador del cual está separado por la Bola grasosa de Bichat .

El borde anterior del músculo masetero cruza en diagonal al tercer molar normalmente erupcionado por su cara bucal

Temporal

Con forma de abanico toma su origen en la fosa temporal, sus fibras van hacia abajo y algunas hacia adelante por debajo del arco cigomático ,para insertarse en la apófisis coronoides y al borde anterior de la rama mandibular ,terminada en la parte más posterior de la apófisis alveolar ; éste músculo eleva y retruye la mandíbula. Su inserción tiene relación con el tercer molar debido a

que posee dos tipos de fibras ,una de ellas ,las superficiales ,se insertan en el borde anterior de la rama ascendente y las profundas en la cresta temporal llegando estas fibras hasta las caras lingual y distal del tercer molar .

Su inserción forma una letra "V" invertida los cuales forman los labios del triángulo retromolar, éste es variable en extensión y anchura y aún puede no existir ,por lo tanto puede variar las superficies de inserción del tendón profundo .

Buccinador

Este músculo forma la pared lateral de la cavidad bucal, dirige la comisura del labio hacia un costado y atrás , además mantiene los carrillos tensos durante las fases de abertura y cierre de tal modo que se pliegan durante el cierre para no ser lastimados por los dientes .

El músculo Buccinador se inserta en el maxilar superior a nivel de los terceros molares, en el hueso palatino y en el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides y posteriormente en en el ligamento pterigomaxilar, éste ligamento se extiende desde el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides hasta una pequeña superficie si-

tuada por detrás y dentro del tercer molar inferior.

En el maxilar inferior éste músculo tiene inserciones en directa relación con la región del tercer molar ,se inserta en una superficie alargada que ocupa la parte externa y anterior de la fosa retromolar y en la línea oblicua externa ,llega hasta las proximidades de la raíz mesial - del primer molar inferior ,de ésta forma vemos que ésta - inserción está en directa relación con el alvéolo del tercer molar inferior.

También dentro de la mandíbula ,el músculo Buccinador tiene otra inserción pues sus fibras se dirigen hacia adelante para terminar en la comisura labial.

En las maniobras quirúrgicas será necesario desprender - parte de éste músculo tanto desde el momento de la incisión como en la preparación del colgajo ,la zona que se desprende es la inserción inferior .

Pterigoideo Interno

Dicho músculo es de importancia para la técnica anestésica ya que por él pasan los nervios, dentario inferior, lingual y las arterias y venas dentarias .

Tiene su origen en la cara interna del ala externa de la

apófisis pterigoides ,las alas de apófisis pterigoides -
son mediales respecto a la mandíbula y anteriores a la ma
yor parte de la rama ascedente.

Por lo tanto éste músculo se dirige hacia abajo ,atrás y
afuera para insertarse en la superficie interna de la man
díbula en la zona del ángulo .

Funciona en la elevación de éste hueso ,levemente en la -
protrusión y en el movimiento de lateralidad .

Sólo en escasas oportunidades éste músculo tiene alguna -
relación importante con el tercer molar inferior, como en
las retenciones distoangulares con gran desviacion lin --
gual y en donde la tabla externa puede estar lo suficien-
temente adelgazada como para que la corona del molar rete
nido esté muy próxima a la inserción inferior del músculo

Milohioideo

El músculo milohioideo nace en la línea oblicua interna -
(milohioidea) en la superficie interna del maxilar inferi
or; al ser dos líneas las cuales se encuentran en ambas par
tes de la cara ,una de cada lado; al unirse forman el piso
de la boca ,algunas de sus fibras posteriores se dirigen ha
cia atrás y abajo para insertarse en el cuerpo del hueso -
hioides .

Las relaciones de éste músculo son de interés quirúrgico, la cara inferior está protegida por el vientre anterior - del Digástrico, la glándula submaxilar, el músculo cutáneo y la aponeurosis cervical superficial. De ésta aponeurosis dependen las prolongaciones que envía a los músculos de la región infrahioidea. Entre ellas la de interés quirúrgico es la prolongación submaxilar de la aponeurosis suprahioidea, que tapiza al hiogloso y al milohioideo.

Constrictor superior de la faringe

La forma de éste músculo es cuadrilátera y tiene relaciones en su inserción anterior e inferior con la región del tercer molar, se inserta en el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides, en el ligamento pterigomaxilar y en el extremo distal de la línea milohioidea; su trayecto y recorrido lo aparte de nuestro tema de estudio. Sólo la porción anterior de su inserción, en la línea milohioidea y su inserción anterior, en el ligamento pterigomaxilar - presentan interés quirúrgico ya que en algunas retenciones las disto y linguersiones, pueden necesitar maniobras para desinsertar parte de éste músculo.

ARTERIAS :

La Arteria Dentaria inferior, es la arteria que irriga la zona del tercer molar inferior, ésta arteria es una rama colateral y descendente de la Maxilar interna, la cual a su vez deriva de la Arteria Carótida externa

La Arteria Dentaria inferior nace a la altura del cuello del cóndilo, dirigiéndose abajo y afuera, recorriendo el espacio pterigomaxilar y penetrando al conducto del nervio dentario y caminando junto a éste.

Posee dos clases de ramas, las arterias pulpaes que penetran en el forámen apical de cada uno de los dientes inferiores y la otra división son las arterias alveolares que ocupan los tabiques interdentarios e interradiculares, estas a su vez envían ramas menores al periodonto y encía.

La encía externa está irrigada por ramas de la Arteria Bucal, que es otra rama descendente de la Maxilar interna.

La encía interna está irrigada por la Arteria Milohioidea que es rama colateral de la Dentaria inferior y a su vez rama anastomótica de la Arteria Lingual y Palatina.

Al igual que el Nervio, la Arteria más adelante se divide

en dos ramas terminales, la Arteria Mentoniana e Incisiva.

VENAS :

Las Venas suelen acompañar a las Arterias, drenando de ésta forma la zona por donde pasan, en las venas la dirección de la corriente sanguínea es a menudo contraria a la gravedad movida por la acción suave de los músculos; las venas dentarias desembocan en el plexo pterigoideo situado en la región cigomática.

Dentro del conducto dentario se alojan dos ó más venas - que recorren el mismo camino que la arteria dentaria inferior de ésta forma son paralelas a las arterias pulpa- res, periodónticas y gingivales .

NERVIOS :

El "V" par craneal ó Nervio Trigémino es un nervio mixto que se divide en tres ramas, la Oftálmica, Maxilar superior y Maxilar inferior; dentro de la anatomía de nuestro tema hablaremos de su tercera división ó Nervio Maxilar inferior :

Es un nervio mixto que sale de la fosa craneal por el agujero oval, que se halla en la fosa craneal media en el

ala mayor del esfenoides. Inmediatamente dá dos ramas , al Nervio recurrente meníngeo y al Nervio del Pterigoideo interno; después se bifurca en dos grandes troncos, anterior y posterior .

En la división anterior hay cuatro ramas , tres de ellas - son motoras , el nervio Masetérico, Pterigoideo Externo y el Nervio Temporal; la rama sensitiva es el Nervio Bucal ó Buccinador el cual inerva a éste músculo; la mucosa del carrillo y en ocasiones al tejido adyacente hasta la zona de los premolares inferiores .

La división posterior del nervio maxilar inferior ó mandibular se compone de cuatro ramas , de éstas tres son sensitivas y una motora .

El Nervio Auriculotemporal que es sensitivo, inerva la piel que cubre al orificio auditivo externo, la zona preauricular , la zona temporal superficial y el cuero cabelludo .

El nervio Lingual, que provee sensibilidad a los dos tercios anteriores de la lengua , al piso de la boca y al tejido gingival de la superficie interna ó lingual de los dientes .

El Nervio Dentario Inferior, que es la rama mayor del nervio mandibular, pasa por el agujero dentario inferior hacia el conducto homónimo, al recorrer éste conducto debajo de los ápices radiculares envía paquetes ó filetes a cada uno de los dientes y al tejido gingival vestibular circundante. Cuando alcanza el agujero mentoniano, a la altura de los premolares, se bifurca en dos ramas terminales, la Rama Mentoniana, que sale por el agujero mentoniano para inervar el tejido blando del labio inferior y el mentón; y la Rama Incisiva que continúa por el conducto dentario inferior para inervar los restantes dientes inferiores y para encontrarse finalmente con el Nervio Incisivo del lado contrario.

El Nervio Milohioideo, que es el componente motor, inerva al músculo milohioideo, así como el vientre anterior del músculo digástrico.

LINFATICOS :

El sistema linfático ayuda al sistema venoso en el drenaje del organismo y tiene a su cargo la filtración de cuerpos extraños que invaden los tejidos, comienza por capilares ciegos, convirtiéndose en linfáticos mayores hasta llegar a ser agrandamientos ovoides ó ganglios linfáticos

Los vasos linfáticos siguen el trayecto de las venas y es importante su conocimiento ya que cualquier tipo de patología que se presente desencadenada por el tercer molar inferior incluido tendrá repercusión a nivel ganglionar.

Básicamente los ganglios afectados serán los del grupo - Submaxilar ,estos están situados por dentro del borde inferior del hueso mandibular , el más voluminoso es el ganglio de Stahr ; van a drenar el labio superior ,las porciones laterales del labio inferior ,los bordes de la lengua ,la parte posterior del piso de la boca y a los dientes posteriores inferiores .

CAPITULO II

CAUSAS DE RETENCION

CAPITULO IICAUSAS DE RETENCION

Si después del tiempo normal de erupción del tercer molar inferior no ha hecho su aparición en el lugar correspondiente y no hay síntomas de que ello suceda se le considerará como diente retenido .

Pueden ser muchas las causas por las que el tercer molar no llegue a erupcionar normalmente y entre estas tenemos:

Causas Locales :

1.- Falta de espacio en maxilares poco desarrollados -

Aquí podemos mencionar el aspecto de disparidad entre el tamaño de los dientes y el tamaño de los maxilares ,donde observamos que el espacio no es suficiente para que el tercer molar erupcione, máxime si no hay el espacio necesario para que otras unidades dentarias que erupcionan antes que él tengan un lugar dentro de la arcada como el canino ó premolares.

2.- Pérdida prematura de los dientes primarios -

Una de las funciones de los dientes primarios es la de guardar la dimensión dentro del arco dentario del

Diente permanente hasta que sea próxima la erupción de éste ,pués bien que si estos se pierden muy tempranamente ,el espacio también se perderá ó habrá un cierre no existiendo guía para que finalmente el permanente erupcione con normalidad ,esto afecta directamente al tercer molar ,pués los dientes que lo anteceden determinarán el espacio y la posición de nuestro molar .

3.- Exfoliación tardía de de los dientes primarios -

Este punto es la contraposición del punto anterior ya que si el diente primario permanece más tiempo del debido creará un obstáculo para que el permanente erupcione ,ocasionando a veces la malposición de los mismos ó la retención indefinida hasta no realizar el tratamiento .

4.- Densidad del hueso que lo cubre -

El hueso que cubre al diente por erupcionar debe ser vencido y en ocasiones encontramos que dicho hueso presenta enostosis ó bien osteítis condensante y osteoesclerosis;lo que ocasiona una condensación tal que hace difícil la erupción del permanente.

5.- Irregularidad en la posición de los dientes adyacen-

tes -

Es común que la retención del tercer molar inferior venga acompañada con mal posición ó apiñamiento de los dientes que lo anteceden ,esto es , como ya vimos por el poco espacio existente en la arcada y la reacción de los dientes por ocupar el espacio que exista dentro de la misma desplazando así a los dientes contiguos .

- 7.- Enfermedades adquiridas como necrosis por infección ó abscesos .
- 8.- Cambios inflamatorios en el hueso provocados por enfermedades exantémicas en los niños .
- 9.- Inflamaciones crónicas continuas que como consecuencia nos dá una membrana muy densa .

Causas Sistémicas :

A- Causas Prenatales :

1) Herencia -

El factor herencia condiciona la presencia de retenciones en un individuo, ya sea debido al tamaño de los maxilares y de los dientes, ó bien a costumbres

nutricionales que los padres practiquen.

2) Mezcla de razas -

En la raza blanca es muy frecuente encontrar predisposición al problema de la retención y es debido por lo general a la falta de sitio; en cambio no sucede - así en los individuos de raza negra ya que poseen una amplia mandíbula la cual permite la cómoda erupción - de todos sus dientes y se menciona que tendrían espacio suficiente para la erupción de un cuarto molar .

B - Causas Posnatales :

Son las causas que interfieren en el desarrollo del niño como :

1.- Raquitismo -

Es un estado que resulta de la deficiencia de calcio y fosfato en los huesos.puede deberse a una absorción insuficiente del intestino ,ya sea por la sola falta del calcio ó por falta de la resistencia a la vitamina B ,en los niños puede presentar deformación de cráneo y retardo en el brote dental .

2.- Tuberculosis -

Es una enfermedad infecciosa granulomatosa causada -

por el bacilo acidorresistente *Mycobacterium Tuberculosis*, es posible que los organismos penetren por vía hematógena, para ser depositados en la submucosa y de ésta forma proliferar y ulcerar la mucosa que los cubre, afectando cualquier mucosa, así la bucal y específicamente la lengua, paladar, labios, mucosa vestibular, encía y frenillos; también en la fase tardía -- produce Osteomielitis tuberculosa.

3.- Sífilis congénita -

Esta es una enfermedad transmitida de la madre infectada al hijo, no es hereditaria, incluye lesiones como protuberancia frontal, maxilar corto, arco palatino alto, nariz en silla de montar, molares aframbuegados, protuberancia relativa de la mandíbula y el signo patognomónico, la triada de Hutchinson que es la hipoplasia de los incisivos y molares, sordera y queratitis intersticial.

4.- Desnutrición -

La desnutrición puede traer como consecuencia problemas de desarrollo tanto físicos como mentales, es importante que exista una buena asimilación de los elementos nutrientes para que el organismo funcione óptimamente, evitando que existan trastornos clínicos graves, no sólo a nivel individual sino de carácter

hereditario .

5.- Anemia -

Si dentro del organismo existiera una disminución en el número de eritrocitos ocasionando un desequilibrio en la sangre ocasionaría una anemia ; existen varios tipos de anemia en las cuales hay problemas a nivel óseo, como lo es el caso de la Anemia aplástica la cual se caracteriza por una falta general de actividad de la médula ósea , el síndrome de Fanconi es un tipo de anemia aplástica congénita que presenta anomalías en niños como deformaciones óseas, y microcefalia .

C - Condiciones raras :

1.- Acondroplasia -

Es una enfermedad del esqueleto, que comienza en la vida fetal y produce una forma de enanismo , en estas condiciones el cartílago no se desarrolla normalmente .

2.- Disostosis Cleidocraneal -

Es una condición congénita muy rara, en la cual hay una osificación defectuosa de los huesos craneales , también hay una ausencia parcial ó completa de las -

clavículas, el cambio de la dentición primaria a la permanente es retardado, se presentan casos en que los permanentes no erupcionan y también hay dientes supernumerarios rudimentarios.

3.- Paladar Fisurado -

Es una deformidad que se manifiesta con una fisura congénita en la línea media y las mismas causas locales ó generales pueden ser el factor etiológico de dientes en malposición ó no erupcionados.

4.- Progeria -

Esto es un envejecimiento prematuro, es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de vello púbico y facial, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial, actitudes y maneras de anciano.

5.- Oxicefalia -

Es una especie de cabeza en forma de cono, en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS

CAPITULO IIICLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS

Es importante tomar y conocer las clasificaciones, cualquiera que ésta sea, para poder realizar una intervención quirúrgica con éxito y seguridad; de éste modo hablaremos de las clasificaciones que nos proporcionan George W. Winter y Gregory y Pell.

George W. Winter :

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1) Posición Vertical | a) Desviación Bucal |
| | b) Desviación Lingual |
| | c) Desviación Bucolingual |
| 2) Posición Mesioangular | a) Desviación Bucal |
| | b) Desviación Lingual |
| | c) Desviación Bucolingual |
| 3) Posición Distoangular | a) Desviación Lingual |
| | b) Desviación Bucal |
| 4) Posición Horizontal | a) Desviación Bucal |
| | b) Desviación Lingual |
| 5) Posición Linguoangular | c) Desviación Bucolingual |
| 6) Posición Bucoangular | |
| 7) Posición Paranormal | |

1) Posición Vertical -

Como el nombre lo indica, la posición del molar es paralela a la del segundo molar, no hay desviaciones, su cara mesial está libre de hueso, no hay superposición de los molares.

Cara mesial inaccesible - En ésta clasificación la cara mesial sí aparece cubierta por hueso y no se aprecia el triángulo formado por el espacio interdentario.

1.a- Posición Vertical, desviación Bucal -

Cara mesial accesible - se encuentra dirigido hacia afuera ó bucal, el hueso mesial se detiene a nivel del cuello, dejando libre la cara mesial, puede estar parcial ó totalmente cubierto por mucosa.

Cara mesial inaccesible - Cubierta la cara mesial por hueso no existe el espacio interdentario, los huesos vecinos cubren las otras caras del molar, encontrándose de ésta forma en retención intraósea parcial ó total.

1.b - Posición Vertical, desviación Lingual -

Cara mesial accesible - El molar está dirigido hacia adentro, su cara oclusal está totalmente en lingual, el hueso deja al descubierto la cara mesial.

Cara mesial inaccesible - La cara mesial cubierta por el hueso del mismo nombre provoca la falta del espacio interdentario, los demás huesos vecinos pueden cubrir las otras caras del molar, de tal manera que por regla general estos molares son totalmente intraóseos.

1.c - Posición Vertical desviación Bucolingual -

Cara mesial accesible - Su posición es vertical pero - dirigido hacia la tabla externa (bucal) y al mismo tiempo su cara oclusal está desviada hacia el lado lingual,clínicamente éste tipo de retención provoca que los molares estén cubiertos por mucosa, su cara mesial- está libre de hueso .

Cara mesial inaccesible - Aquí se presenta cubierta su cara mesial por hueso y de igual manera que los casos anteriores puede presentar retención intraósea .

2) Posición Mesioangular

Cara mesial accesible - El eje mayor del tercer molar- con el eje del segundo molar forman un ángulo agudo -- abierto hacia abajo, el espacio interdentario es mínimo la mucosa puede cubrir todas las caras del molar y bi- én dejar la cara oclusal libre .

Cara mesial inaccesible - Protegida por hueso no se observa el espacio interdentario .

2.a - Posición Mesioangular, desviación Bucal -

Cara mesial accesible- La angulación es la ya estudiada pero su masa está dirigida hacia el lado bucal, el hueso deja libre la cara mesial; en la cara distal de éste molar el hueso deja cubierto de una manera muy pequeña el cuello del mismo ó bien toda la cara distal , se presenta libre de mucosa , se observa que el triángulo del espacio interdentario es de base muy amplia y es por esto que suelen asentarse muchos procesos patológicos,

Cara mesial inaccesible - Este tipo de retención es el más común y puede encontrarse en completa retención ósea y cubierto por mucosa, por supuesto no es visible el espacio interdentario.

2.b - Posición Mesioangular, desviación Lingual -

Cara mesial accesible - Además de la angulación , la cara oclusal está dirigida hacia el lado lingual, de ésta manera la cúspide Mesio-bucal del tercer molar está colocada aproximadamente al nivel del centro de la cara distal del segundo molar, su cara mesial está libre de hueso.

Cara mesial inaccesible- La cara mesial está cubierta por hueso y también está inaccesible el ángulo vestibulo-oclusal, puede estar cubierta total ó parcialmente la cara oclusal presentandose así retenciones intraóseas totales, clínicamente estos molares están cubiertos por mucosa .

2.c - Posición Mesioangular desviación Bucolingual -

Cara mesial accesible - Se consideran retenciones raras, pues aquí su cara oclusal está completamente dirigida hacia lingual quedando el ángulo del tercer molar (mesio-oclusal) en contacto con el ángulo disto-bucal del segundo molar inferior; por lo general se encuentran cubiertos totalmente por mucosa ó puede sobresalir alguna de sus cúspides; en una radiografía se puede observar la superposición de las imágenes coronarias, la presencia de la cara oclusal del tercero y su cara mesial libre de hueso .

Cara mesial inaccesible - Es posible que aquí varias partes del tercer molar se pongan en contacto con el segundo molar, en su ángulo disto-bucal de la corona, con el cuello, con el ángulo disto-bucal de la raíz distal ; esto es importante ya que ocasiona un fuerte anclaje para el molar retenido creando serios proble-

mas quirúrgicos .

3) Posición Distoangular -

Cara mesial accesible- El ángulo mayor del tercer molar, forma con el ángulo del segundo molar un ángulo -abierto hacia atrás y arriba, en tanto que la corona del tercer molar está dirigida hacia la rama ascendente y la cara mesial está libre de hueso, no así la cara distal, la cual se encuentra cubierta por haber in-terposición del saco pericoronario ya sea en forma --normal ó patológica ; debido a la inclinación que pre-senta hacia distal se crea un espacio entre la cara -distal de raíz y corona del segundo molar con alguna parte del tercer molar . Es importante señalar que el ángulo disto-oclusal está por lo general cubierto de hueso, constituyendo esto un gran obstáculo para su -eliminación, siendo necesaria la resección de dicho -hueso para facilitarnos su extracción .

Cara mesial inaccesible - Este tipo de retención es un serio problema ya que éste tipo de molar está casi den-tro de rama ascedente .

3.a - Posición Distoangular. desviación Bucal -

Cara mesial accesible - Presentan una doble inclina--

ción en su eje mayor, pues forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo abierto hacia arriba y atrás, pero al mismo tiempo se desvía hacia afuera (hacia bucal) de tal modo que sus ápices están dirigidos hacia los ápices del segundo y primer molar .

Cara mesial inaccesible - Hay una falta de acceso a cara mesial y por lo general el molar se encuentra en retención intraósea total.

3.b - Posición Distoangular, desviación Lingual -

Cara mesial inaccesible - Además de la angulación que ya mencionamos, el tercer molar se encuentra desviado hacia lingual, éste tipo de retenciones es muy frecuente, no presenta en la radiografía superposición coronaria.

Cara mesial inaccesible - Su diferencia radica en que éste tipo de molar está cubierto totalmente por hueso presentando una retención ósea total así como también están cubiertos por mucosa .

4) Posición Horizontal -

Cara mesial accesible - Por regla general encontramos que el tercer molar, como su nombre lo indica, está colocado en forma horizontal, formando con el segundo mo

lar un ángulo recto , abierto hacia abajo y atrás, éste tipo de retención con la cara mesial accesible son poco frecuentes .

Cara mesial inaccesible - La diferencia con el anterior se encuentra en que sólo será inaccesible cuando - la cara mesial esté por debajo de la línea cervical - del segundo molar y con la presencia del hueso sobre ésta cara, los molares en estas condiciones están cubiertos total ó parcialmente por hueso, en ocasiones puede estar al descubierto las cúspides distales.

4.a - Posición Horizontal, desviación Bucal -

Cara mesial accesible - Angulación de 90° su masa está dirigida hacia el lado bucal, de éste modo la corona del tercer molar se superpone a la corona del segundo; se ubica por lo general debajo del plano cervical de los molares vecinos ; es importante saber que radiográficamente no aparece la cara oclusal y se observa la superposición de las imágenes coronarias .

Cara mesial inaccesible - El molar está más profundamente colocado, su cara distal está por debajo del plano oclusal de los otros molares y su cara mesial - se encuentra a nivel ó por debajo de los ápices del segundo molar .

4.b - Posición Horizontal, desviación Lingual -

Cara mesial accesible - El eje mayor del tercer molar está dirigido hacia el lado lingual, lo que ocasiona que en la radiografía se parezca totalmente la cara oclusal de dicho molar, la angulación que presente se comprueba dependiendo de la superposición que se aprecie en la imagen, debido a esto no son extraños los procesos patológicos que se presenten en dicho tipo de retenciones.

Cara mesial inaccesible - Por lo general el molar está cubierto totalmente por hueso, es muy común que estos molares estén profundamente colocados.

4.c - Posición Horizontal. Desviación Bucolingual -

Cara mesial accesible - Es una posición difícil de ser interpretada y son los que más dificultades operatorias ocasionan, se presentan con su angulación propia de 90° más dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia el lado lingual, ésta cara está en íntimo contacto con el ángulo buco-distal del segundo molar ya sea en su corona ó en su raíz, se encuentra sólidamente anclado debido a que dentro de la cara oclusal del tercero está contenido el ángulo buco-distal del segundo molar.

Cara mesial inaccesible - Hay retención intraósea debi

do a que su cara oclusal está en íntimo contacto con el ángulo disto-bucal del segundo, su cara distal se presenta por debajo del plano oclusal y su cara mesial puede estar a la altura ó por debajo del ápice distal del segundo molar; estas relaciones originan problemas de tipo carioso ó alteraciones pulpares en el segundo molar, el mayor problema que presenta éste tipo de retención está en el ángulo mesio-oclusal de la corona del retenido pues está ubicado por debajo del cuello del segundo molar lo cual le proporciona una sólida retención.

5) Posición Linguoangular -

Su eje mayor se presenta horizontal, su cara oclusal que es vertical está dirigida hacia el lado lingual, sus raíces están incompletas en su formación; en la radiografía se observa un círculo rodeado por un halo radiolúcido formado por el saco pericoronario.

6) Posición Bucoangular -

De igual manera que el anterior se observa de forma horizontal pero dirigida su cara oclusal hacia el vestibulo, es muy importante tomar una radiografía oclu-

sal para determinar la posición bucoangular y no confundir con linguoangular .

7) Posición Paranormal -

Están incluidos en éste tipo de clasificación todos - aquellos que no entran en los grupos normales de retención, por lo general se encuentran acompañados de procesos patológicos como quistes dentígeros; estos molares pueden estar totalmente invertidos en su posición, ó bien encontrarse en cualquier lugar de la mandíbula, si es posible también en cualquier parte del cuerpo.

Clasificación de Gregory y Pell :

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

Clase I - Existe suficiente espacio entre rama y la cara distal del segundo molar, para que el tercer molar erupcione sin dificultad .

Clase II- El espacio entre rama y el extremo distal -- del segundo molar es menor, quedando el tercer molar en un termino medio dentro de rama ascendente .

Clase III-Aquí observamos que no hay en absoluto espacio para la erupción del tercer molar, quedando totalmente dentro de rama .

B.- Es la profundidad en la que se encuentra el tercer molar dentro de hueso. -

Posición a).La porción más alta del diente está a nivel de la línea oclusal ó sobre ella .

Posición b).Aquí la porción más alta está por debajo -

del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar .

Posición c). La porción más alta del tercer molar está - por debajo de la línea cervical del segundo molar .

C.- La posición del eje longitudinal del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar -

Vertical

Horizontal

Invertido Y sus desviaciones

Mesioangular vestibular ó lingual.

Distoangular

Vestibuloangular

Linguoangular

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA

EXAMEN RADIOGRAFICO

CAPITULO IVI HISTORIA CLINICA

La historia clínica de nuestro paciente es un requisito indispensable para realizar cualquier intervención ó tratamiento, gracias a ella lograremos conocer el estado de salud ó enfermedad de los aparatos y sistemas que integran su organismo, y de ésta manera podremos elegir correctamente el anestésico que administraremos, así como nos ayudaremos a obtener un buen diagnóstico y de él un buen tratamiento .
Nuestra historia clínica se divide de la siguiente manera:

1.- Ficha de identificación -

Nombre, sexo, edad, fecha y lugar de nacimiento, Edo. civil ocupación, teléfono particular y oficina, fecha en que se realizo la historia .

2.- Antecedentes Heredo-familiares -

Relacionado con padres, abuelos, hijos, nietos, conyuge, tíos, Etc., con respecto a Sífilis, diabetes, tumores no hereditarios pero sí predisposición, hemofilias, alergias, embarazos , abortos, si llegó a su termino el embarazo, peso de los productos, fallecimiento de parientes y causas.

3.- Antecedentes Personales no patológicos -

Higiene, habitación, condiciones de alimentación, vivienda, cantidad de líquidos ingeridos, lugar de nacimiento, lugar de residencia, escolaridad, ocupación anterior y actual, deportes que practica, tabaquismo, alcoholismo, otras toxicomanías, inmunizaciones .

4.- Antecedentes Personales patológicos -

Desde la infancia como, fiebres eruptivas; infecciones y parásitos intestinales; hemorragias; ictericias, hepatitis; diabétes; crisis convulsivas; aspectos neurológicos, psiquiátricos; alergias; sífilis y otras enfermedades venéreas; flebitis, infarto al miocardio, - accidentes vasculares, cerebrales; amigdalitis; otitis adenopatías; úlcera péptica; intervenciones quirúrgicas ; transfusiones ; traumatismos; aspectos ginecológicos y obstétricos; número de embarazos, peso de los productos, abortos, partos prematuros, martingatos, embarazos múltiples, embarazo presente, menopausia, menstruación, relaciones sexuales; antecedentes de tratamiento médico.

5.- Padecimiento Actual -

Síntomas, evolución, estado actual de los síntomas, de

lor, tamaño de la lesión, si hay secreción, características de la lesión.

6.- Revisión de Aparatos y Sistemas -

a). Digestivo -

Anerexia, tránsito esofágico, tránsito intestinal, dolor, estreñimiento, diarreas, náuseas ó vómitos flatulencias ó meteorismos, anorexia, dispepsia, - disfagia.

b). Respiratorio-

Presencia de tos y gripes frecuentes, disnea, cianosis, disfonía, espectoraciones, estados asmáticos.

c). Circulatorio-

Disnea, dolor precordial, palpitaciones ó taquicardia, edema, lipotimias, síncope, colapso, shock, - cianosis.

d). Urinario-

Incontinencia, hematuria, piuria, disuria, nicturia, poliuria, polifagia, polidipsia.

e). Genital -

Ciclo menstrual, fecha de la última menstruación, menopausia, embarazos, perturbaciones sexuales, - enfermedades venéreas .

f). Hemático y Linfático -

Anemias, tendencias hemorrágicas, hemofilia.

g). Endócrino-

Diabétes, bocio, obesidad.

h). Nervioso -

Parálisis, parestesias, cefaleas, convulsiones, in
somnio, irritabilidad, problemas emocionales.

7.- Exploración de la cavidad bucal -

Ordenadamente debemos de revisar la cavidad bucal de -
nuestro paciente ya que debemos de llevar un control de
los tratamientos que se hayan realizado con anteriori--
dad ó bien que se tengan que realizar previamente a nu-
estra cirugía.

8.- Pruebas de Laboratorio -

Los exámenes de laboratorio al realizar un tratamiento
quirúrgico son de real importancia ya que completarán -
nuestro diagnóstico del estado de salud del paciente, las
pruebas que solicitaremos son :

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| 1) Tiempo de sangrado | 6) Gral. de orina |
| 2) Tiempo de coagulación | 7) Glucosa en sangre. |
| 3) Tiempo de protombina | |
| 4) Parcial de tromboplastina | |
| 5) Biometría hemática | |

II EXAMEN RADIOGRAFICO -

Dentro de nuestro tema, el papel que ocupa el examen radiográfico es básico y sumamente importante, ya que sin las radiografías nos veríamos imposibilitados tanto para dar una clasificación como para determinar su tratamiento consecutivo, pues no tendríamos un diagnóstico establecido; no debemos de realizar nunca un tratamiento quirúrgico si no hicimos previamente un estudio radiográfico, por tal motivo debemos de emplear las radiografías básicas para establecer correctamente un diagnóstico, entre ellas están :

Intraorales

- 1) Periapicales
- 2) Oclusales
- 3) Bitewing ó aleta mordible

Extraorales

- 1) Laterales

INTRAORALES :

- 1) Periapicales .- En una radiografía periapical debemos de mostrar la región del tercer molar en su totalidad , tanto corona como sus ápices, el segundo molar , el hueso distal y la zona adyacente a los ápices del tercero.

. Posición del paciente.- Comodamente sentado el paciente, debemos de colocar el respaldo de tal manera que permita que al abrir su boca, el paciente tenga el plano de oclusión de la mandíbula paralelo al piso u horizontal.

. Posición del operador.- A la derecha del paciente y por delante de él.

. Colocación de la película.- Primeramente hay que separar el carrillo del lado donde se vaya a tomar la radiografía; tomaremos la película con el dedo índice y el pulgar de la mano que no esté separando el carrillo; colocamos la película entre el maxilar y la lengua, desplazandola hacia atrás hasta que el límite anterior llegue a la cara mesial del primer molar , el borde superior, paralelo a la arcada dentaria y así horizontal , nos quedará a 3 mm del borde oclusal, el operador mantendrá con el dedo índice la película hasta que el paciente coloque el índice de su mano izquierda ó derecha según sea el caso (contrario al que trabaja) girando su mano para que la palma quedé frente al operador; el paciente debe mantener su dedo en el centro de la película, manteniendo ésta firme a la altura del segundo molar, hasta entonces el operador retira su mano para colocar el

aparato de Rx.

. Colocación del aparato de Rx. - Una proyección ideal para el rayo central de los Rx es aquella en que va dirigida perpendicularmente a la película , es difícil - que esto suceda, por tal motivo el rayo central debe - pasar perpendicular a la bisectriz del ángulo formado entre el eje mayor del molar retenido y al eje vertical de la película ; la imagen ideal es aquella en la cual, siendo el segundo molar y el primero verticales, el contorno de las cúspides linguales y bucales coinciden ó se superpongan ; para obtener éste resultado debemos de colocar el aparato en 0° si la película está vertical; si la película tiene desviaciones hacia lingual en su borde inferior entonces desviaremos el rayo a -5 ; en caso contrario ó en ángulo abierto se aumentará la graduación a $+5$; de éste modo aumentaremos ó disminuiremos la angulación con el objeto de que el rayo central pase perpendicular a la bisectriz de la película y del tercer molar. Obteniendo esto graduaremos la exposición de acuerdo a las características de la película que utilicemos .

- 2) Radiografía Oclusal .- Este tipo de radiografía revela la posición vestibular ó lingual en la que se encuentra la corona del tercer molar. Existe la llamada

película oclusal de 5.5 cm x 7.5 cm. en la que se obtiene la imagen completa del arco mandibular ,ó bien se puede emplear una película intraoral de 3 x 4 cm. la cual únicamente abarcará el molar de nuestro interés .

. Posición del paciente .- Primeramente debe de estar sentado de tal manera que le sea posible colocar su cabeza lo más hacia atrás posible ,para que el maxilar inferior quede frente a nosotros pero por su cara inferior ó hioidea , éste tipo de posición es algo incomoda y debemos de colocar la película rápidamente ; en la actualidad las unidades dentales están diseñadas de tal modo que podríamos facilitarle al paciente dicha posición colocandolo horizontalmente y elevando nuestra unidad .

. Colocación de la Película .- Primeramente se coloca dentro de la cavidad bucal en forma angulada, es decir que introduciremos una parte de los ángulos que forman la película, jalando un poco el carrillo para que poco a poco demos paso al resto de la película sin lastimar al paciente; debemos de cubrir perfectamente la totalidad de la arcada y pedimos a nuestro paciente que cierre su boca; por regla general mueve su cabeza de la posición original en la que fúé colocado, rectificamos dicha posición guiandonos con la película de-

modo que quede totalmente vertical ó bien perpendicular al piso .

. Colocación del aparato de Rx. - Aquí debemos de colocar nuestro aparato en el centro de la película, a una distancia tal que nuestro rayo cubra totalmente a la misma, el rayo debe de ir perpendicular.

Esto es lo que corresponde a la radiografía oclusal de 5.7 cm. , en la radiografía empleada para tomar periapicales existen algunas variantes en su uso :

. Posición del paciente.- El respaldo se inclina aproximadamente a 30°, el cabezal se desciende, de tal modo que el paciente incline la cabeza al lado opuesto al tercer molar por radiografiarse, ésta inclinación será en toda su extensión mostrando la región supra--hioidea lateral.

. Colocación de la película.- En éste tipo de radiografía debemos de mostrar al tercer molar y todo lo que pueda lograrse de la porción radicular y sus desviaciones, además el segundo molar, el hueso bucal y el lingual. La película debemos de colocarla sobre la arcada dentaria del lado de nuestro interés y se sostendrá firmemente ya sea con el dedo índice del paciente ó bien con la fuerza masticatoria, es importan

te tener cuidado pues es muy común que la radiografía se desplace.

. Colocación del aparato de Rx. - La colocación del cono de los Rx. debe de ir obligadamente por debajo del borde inferior de la mandíbula y dirigiendo el rayo central a nivel del segundo molar .

3) Radiografía de aleta mordible .- Este tipo de radiografía se emplea para obtener la relación de las coronas del segundo y el tercer molar, las cuales nos serían útiles en las clases I y II de Gregory y Pell, pero cabe aclarar que de ningún modo nos servirían como único dato diagnóstico.

. Posición del paciente .- Debe de estar sentado con su cabeza dirigida hacia arriba quedando la mandíbula paralela al piso .

. Colocación de la película.- Debemos de preparar previamente la película con cinta adhesiva envolviendo la radiografía, dejando una porción lo suficientemente larga para que podamos tomarla y jalarla hacia nosotros; la película ya preparada es colocada a mitad en la zona del tercer molar inferior, posteriormente pedimos a nuestro paciente que cierre su boca es en éste momento cuando jalamos la película, de éste modo

la película se desplaza firmemente en las caras lingual y palatina de los segundos y terceros molares - tanto superior como inferior.

. Posición del aparato de Rx .- El aparato debe colocarse dirigiendo el rayo central en ángulo recto a través de la corona del segundo molar a la película debemos de hacerlo con 0° de angulación .

EXTRAORALES :

Una radiografía extraoral se emplea en ciertos casos particulares, cuando no es posible obtener las radiografías intraorales comunes, esto puede ser por presentar el paciente excesivo trismus, procesos inflamatorios en la región lingual ó náuseas pronunciadas; se debe de emplear la radiografía extraoral sin antes mencionar que éste tipo de radiografía no alcanza a determinar la posición ni desviación del molar retenido con la misma exactitud como lo hacen las radiografías intraorales .

CAPITULO V

INDICACIONES

Y

CONTRAINDICACIONES

CAPITULO VINDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES :

- 1.- Diferencia entre el tamaño ó número de dientes y el tamaño de los maxilares .
- 2.- Daño a los dientes adyacentes , como caries, ó daño al soporte óseo del diente funcional
- 3.- Previa construcción de aparatos protésicos de tal - manera que la erupción no interfiera en la futura - colocación de dicha prótesis.
- 4.- Dientes incluídos asociados a tumores ó quistes odontogénicos.
- 5.- Resorción interna ó caries.
- 6.- Dolor de etiología desconocida.
- 7.- Falta de función .
- 8.- Alteración periapical dificultandose el tratamiento endodóntico.
- 9.- Dientes que traumatizan a los tejidos blandos, siempre que otro tratamiento no corrija el trauma.
- 10- En previa irradiación de maxilares y tejidos vecinos.
- 11- Para facilitar un tratamiento ortodóntico.

CONTRAINDICACIONES :**1.- Cardiopatías ;**

- a) Cardiopatías reumáticas (fiebre reumática)
- b) Pacientes con terapia anticoagulante .

2.- Discrasias sanguíneas :

- a) Anemia.
- b) Leucemia .
- c) Púrpura hemorrágica .
- d) Hemofilia .

3.- Diabetes .**4.- Nefritis.****5.- Bocio tóxico .****6.- Ictericia .**

- a) Obstructiva
- b) No obstructiva ó hemolítica.
- c) Hepatitis infecciosa.

7.- Pacientes con tratamiento de corticoesteroides.**8.- Sífilis .**

9.- Estados fisiológicos :

- a) Embarazo .
- b) Menopausia.
- c) Menstruación .

LOCALES :

- 1.- Infecciones gingivales agudas (Fusoespiroquetas ó es treptococos) .
- 2.- Pericoronitis aguda (Llevar a la normalidad antes de su intervención) .

CAPITULO VI

CUIDADOS PREOPERATORIOS

- A. INSTRUMENTAL
- B. ASEPSIA Y ANTISEPSIA
- C. SELECCION DEL ANESTESICO
- D. TECNICA ANESTESICA

CAPITULO VICUIDADOS PREOPERATORIOS

A. INSTRUMENTAL :

Es importante hacer incapie en el hecho de que en nuestra profesión debemos de valernos de gran cantidad de instrumentos para realizar cualquier tratamiento dental, ya que además del conocimiento y de la habilidad es indispensable comprender que nuestros instrumentos nos harán llegar al lugar exacto en donde nuestras manos no puedan hacerlo, por ello debemos de tener siempre presente que al realizar una intervención se debe de pensar en todas las posibilidades que en ella pudieran presentarse, con el objeto de tener siempre preparado el instrumento que con premura se requiera, sin necesidad de perder tiempo y prolongar así la estancia de nuestro paciente.

Son varios los aspectos que se deben de mencionar con respecto al instrumental, entre ellos mencionaremos - que debe de ser lo suficientemente capaz de resistir los agentes a los cuales van a ser sometidos para su esterilización , sin que ello les provoque que se oxiden ó pierdan su temple.

También deben de proporcionarnos su ayuda en cuanto a su diseño en peso y tamaño, lo cual nos servirá para realizar un trabajo firme y sin dañar a nuestro paciente.

Además deben de poseer un filo adecuado ahorrando esfuerzos inútiles, molestias y traumatismos .

Es aconsejable colocar en orden el instrumental antes de iniciar nuestra operación y de ser posible conocer dicho orden con el objeto de no perder tiempo buscando el instrumento; de preferencia debemos de contar con varios instrumentos del mismo tipo, con el objeto de que si en algún momento cayera el instrumento al suelo, no tendríamos problemas ya que contamos con material disponible y esterilizado para continuar trabajando.

El instrumental lo podemos dividir así :

INSTRUMENTAL DE TEJIDOS BLANDOS :

1.- Bisturí

Consta de mango y hoja, en nuestra práctica se utiliza el de hoja corta; las hojas para su uso y desecho son intercambiables teniendo diversidad de formas y tamaños, como el de Mead que con su curvatura en forma de

y filo en sus dos bordes nos ayudará en incisiones poco accesibles; el de Austin de la Mayo ó bisturí sin-desmotomo se usa como separador de la encía en nuestro legrado; es aconsejable emplear el mango de bisturí - N° 3 de Bard Parker con hoja N° 11,12 ó 15 .

2.- Tijeras

Se llegan a emplear en lenguetas y festones gingivales en trozos de encía, cicatrices, puntos de sutura, trozos de colgajos y para reducir y cortar colgajos excesivos. Los extremos cortantes pueden ser de diversas formas ya sean puntiagudas, redondas ó romas , de esto depende que la presentación de las tijeras pueda - combinada .

3.- Pinzas de disección

Sirven para tomar la fibromucosa, entre estas tenemos la dentada de Kocher, la atraumática de Chaput y también las hay de dientes de ratón.

Las pinzas se emplean para preparar los colgajos ó tomar bordes para poder suturar.

4.- Legras, Periostotomos, Espátulas romas

Estos se emplean para separar firmemente, pero sin desgarrar el tejido del hueso que cubre al tercer molar.

Se emplea el periostotomo de Mead, pequeñas legras y la espátula de Freer; pueden ser rectas ó acodadas, éstas últimas nos ayudarán en la cara lingual de la mandíbula que es de difícil acceso, también se emplean para desprender las bolsas quísticas del hueso que los aloja.

5.- Separadores

El separador de Farabeuf es el más comunmente usado para mantener separados los labios ó los colgajos sin que sean heridos ni traumatizados; estos están formados por una barra metálica con sus extremos acodados.

Existe otro separador el de Volkmann que consta de un mango y un tallo que termina en forma de diente, éste diente se inserta debajo del colgajo manteniendolo fijo.

INSTRUMENTAL PARA OSTEOTOMIA

1.- Escoplo y martillo

Se emplean para realizar la eliminación del hueso que cubre los molares retenidos; no se ha querido profundizar sobre ellos ya que en opinión muy personal considero que su empleo resulta algo muy traumático para el paciente, además de que debe ser empleado bajo anestesia general, ó bien cuando carecieramos de instrumentos que

nos ayudarían de igual forma pero sin resultar tan traumáticos.

2.- Pinzas gubias

Estas se emplean para la resección de hueso (Osteotomía) ya sean las rectas ó las curvas; la manera como actúan es extrayendo el hueso por mordiscos, para poder realizar esto se aconseja abrir una puerta de entrada en el hueso por reseca (Osteotomía); la variedad de dichas pinzas radica en la angulación de sus ramas ó la disposición en la que se encuentra la parte cortante .

3.- Fresas quirúrgicas

La fresa quirúrgica es realmente de gran importancia gracias a la utilidad que ella nos brinda; ella sola puede liberar hueso ó bien realizar la función del escoplo y martillo, además puede abrir camino a otros instrumentos, facilitandonos de ésta manera realizar una osteotomía sencilla .

Para realizar esto debemos de mantener ciertos cuidados como lo es irrigar intermitentemente la zona a trabajar con suero fisiológico, evitando así el sobrecalentamiento y así la necrosis del hueso .

Existen gran variedad de fresas quirúrgicas , las hay

de bola ó bien de fisura, la fresa quirúrgica de Lindemann suele romperse con facilidad debido a la delgadez de su material, no suele ocurrir así con las fresas 702 y 703 de White, éste tipo de fresas deben de ser de baja velocidad.

4.- Cucharillas para hueso ó curetas

Estas cucharillas son útiles para eliminar procesos - patológicos como granulomas, quistes, restos óseos ; existen varios tipos, las hay rectas, y acodadas; la parte activa puede tener formas y diámetros distintos.

5.- Limas para hueso ó escofinas

Se emplean para alisar bordes y puntas óseas, ayudando a que de ésta forma el hueso intervenido no tenga asperezas, las cuales posteriormente podrían llegar a lastimar.

6.- Elevadores

En el caso de los elevadores debemos de mencionar que su principio activo está basado en las palancas.

Para nuestra intervención emplearemos los de Winter, Barry y Seldin, además los universales , rectos y acanalados; para las raíces se emplean los de Clev-dent y los apicales y de bandera .

7.- Forceps

En ocasiones cuando ya tenemos totalmente luxado nuestro tercer molar y no podemos sujetarlo con el elevador podemos recurrir a los forceps, el indicado será el N° 222 del catálogo de S.S. White.

MATERIAL DE SUTURA

1.- Agujas

Hay que mencionar que toda aguja está formada de punta cuerpo y hoja, de ésta manera observaremos que las agujas que vamos a emplear en la cavidad bucal tienen que llenar ciertos requisitos ; primeramente deben de ser sencillas, preferentemente curvas y de dimensiones pequeñas, además deben de ser cóncavo-convexas en el sentido de sus caras con el objeto de que al dejar su perforación sea paralela al sentido de la incisión ya que de éste modo no se desgarrará el tejido.

Las agujas y el material de sutura más empleado en cirugía bucal son las agujas atraumáticas ya sean absorbibles ó inabsorbibles, estos vienen en paquetes cerrados que tienen en su interior un líquido esterilizador y que por lo general contienen una aguja de medio círculo .

2.- Hilos

De los materiales absorbibles se encuentra el catgut, éste material se hace de la capa serosa del intestino del borrego, se fabrica simple y crómico y en muy diversos calibres.

De los inabsorbibles está la seda negra, tiene fuerza de tensión adecuada, produce reacción tisular mínima, se ve con facilidad y se quita rápidamente, el tamaño 4.0 es muy usado, otra de sus características es que es muy barato .

3.- Portaguñas

Son las pinzas destinadas a dirigir y portar las agujas dentro de la cavidad bucal hasta la incisión, los hay rectos y curvos .

MATERIAL ACCESORIO

1.- Eyector quirúrgico .- Es un motor eléctrico que actúa sobre una máquina productora de vacío conectada a un frasco colector , y de aquí a la cánula de Ferguson - que es la parte que aspira directamente la sangre y - la saliva.

2.- Gasas, medicamentos, suero fisiológico

B. ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN EL PREOPERATORIO

Todo el instrumental que nosotros ocupemos deberá de estar completamente esterilizado , pués si no estuviera libre de gérmenes, en lugar de ocasionar un bien - provocaríamos un daño mayor, esto es porque al llegar a planos internos de la cavidad bucal y realizar en ella una incisión, estamos rompiendo con las barreras naturales de defensa del organismo y pese a que en la cavidad bucal existe flora bacteriana de tipo normal, la cual no ocasiona daño , no ocurriría así si nosotros le abrieramos las puertas a los microorganismos con un material totalmente séptico.

DEFINICION :

Asepsia

De "A" - privación y "Sepsis" - putrefacción.

Ausencia de microorganismos infecciosos en los tejidos vivos, para realizar ó llevar a cabo esto existe la - antisepsia.

Antisepsia

" Anti " - contra y " Sepsis " - putrefacción .

Son los métodos por medio de los cuales vamos a comba-

tir ó prevenir los padecimientos infecciosos, destruyendo así los microorganismos que los causan .

Existen muy variados métodos por medio de los cuales podemos obtener un campo operatorio óptimo para una intervención quirúrgica, estos medios serán físicos y químicos, a los cuales se les denomina medios de esterilización .

1.- Autoclave

Es el aparato de preferencia para la esterilización , destruye todos los organismos que forman esporas y hongos ; proporciona calor húmedo en forma de vapor saturado a presión, la combinación de humedad y calor es el medio más eficaz para destruir bacterias, por lo general los paquetes en los que se envuelve el instrumental para cirugía bucal requieren de 30 min. a 121°C y 20 libras de presión , los materiales más frágiles se esterilizan a 15 min. 121 °C y 15 libras de presión .

2.- Agua hirviendo

Estos instrumentos no llegan a una temperatura mayor de 100° C algunas de las esporas bacterianas resisten

tes al calor pueden sobrevivir a ésta temperatura durante varios y largos períodos, por tal motivo se recomienda agregar medio químicos para elevar el punto de ebullición del agua y así su poder bactericida.

3.- Calor seco

Esto se emplea grandemente en nuestra profesión, esto es en hornos de calor seco donde se colocan los instrumentos y se someten a temperaturas elevadas durante largos períodos, el calor seco no ataca al vidrio ni causa oxidación, para cargas grandes se emplea a 121 °C por más de 6 Hrs., la esterilización de paquetes pequeños se logrará a 170 °C durante 1 Hrs.

4.- Esterilización por frío

Ninguna de las sustancias químicas utilizadas para la esterilización satisface todos los requisitos. El alcohol es muy caro, se evapora rápidamente y también oxida los instrumentos; el cloruro de benzalcanio en solución del 1% requiere de un aditivo antioxidante y de largos períodos de inmersión; en la actualidad se ha empleado el exaclorofeno, pero se tiene la duda en que estos compuestos puedan obrar sobre esporas y hongos.

5.- Esterilización por gas

El tipo de gas empleado para la esterilización es el óxido de etileno el cual ha probado ser bactericida , el, problema de emplear éste método radica en que es un gas demasiado caro y por lo pequeño de nuestro instrumental tendríamos que emplear cargas demasiado grandes lo cual no procuraría instrumental cuando nosotros lo requiriéramos .

C. SELECCION DEL ANESTESICO

Los anestésicos locales son fármacos que provocan bloqueo en la conducción nerviosa cuando se aplican en forma local sobre el tejido nervioso, de ésta forma su uso fundamental se relaciona con el bloqueo de los impulsos sensitivos, la conducción motora y en especial del dolor; el anestésico local puede ejercer su efecto a cualquier nivel del sistema nervioso central y periférico; una de sus características más importantes es su reacción reversible la cual no determina ninguna lesión estructural ó funcional del área nerviosa donde ejerció su acción .

Existen gran cantidad de anestésicos locales, todos ellos tienen características especiales de las cuales nosotros vamos a elegir las óptimas tanto para el paciente como para la intervención que vayamos a realizar, por medio de la anamnesis nosotros conoceremos si el paciente tiene alguna reacción posible y adversa a cualquier anestésico , de éste modo el agente anestésico será cambiado por otro más apropiado.

Diferentes anestésicos locales y preparados comerciales :

Procaína

Este anestésico posee la peculiaridad de que antagoniza la acción de las sulfamidas, por lo tanto no debe usarse en pacientes que están siendo tratados con dicho medicamento para el tratamiento de infecciones, una de las características de éste fármaco es su rápida absorción, lo que determina una rápida desaparición del sitio de inyección; para retardar dicha absorción debe elegirse uno que contenga vasoconstrictor; la incidencia de reacciones alérgicas es mayor en la procaína que con otros anestésicos locales.

El anestésico comercial es conocido con el nombre de Novocaína y se presenta al 2% y 4% en cartuchos de 1.8 ml., también la Novocaína al 2% con 1:200 000 levonorfedrina.

Lidocaína

La lidocaína produce un efecto anestésico local más rápido, intenso y duradero que el de la Procaína, se absorbe rápidamente por vía oral e inyectable y aunque su acción es efectiva sin la adición de vasoconstrictores, se prefiere la administración conjunta para prolongar la acción anestésica. La potencia anes-

tésica de la Lidocaína es dos veces mayor que la de la Procaína y las reacciones alérgicas son sumamente raras ; los efectos adversos sistémicos, principalmente debilidad, decaimiento acompañados de somnolencia son frecuentes, pero puede incrementarse en sujetos con insuficiencia hepática.

La dosis máxima recomendada en adultos es de 300 mg y cada cartucho de 1.8 ml contiene 36 mg de fármaco activo en solución al 2.0 % .

Como preparado existente tenemos la Xylocaina al 2% - con epinefrina 1:100 000 y 1:50 000 en cartuchos de 1.8 ml, y Xylocaina al 2% en cartuchos de 1.8 ml.

Mepivacaína

Es un anestésico local tipo amida, sus acciones farmacológicas son semejantes a la Lidocaína aunque el comienzo del efecto anestésico es más rápido y la duración del mismo mayor; se emplea sin la adición de vasoconstrictores en procedimientos dentales de corta duración. La toxicidad de la Mepivacaína es menor que la observada con la Lidocaína, no suele ocasionar como ésta lasititud y somnolencia. La dosis máxima recomendada es de 30 mg.

El producto comercial es la Carbocaína al 3% en cartuchos de 1.8 ml. y Carbocaína al 2% con Levomorfedrina-

1:20 000

Prilocaina

Es también un anestésico local de tipo amido y posee acción más rápida y prolongada que la Lidocaína .
Puede producir somnolencia y aumento de la concentración de hemoglobina oxidada, lo que ocasiona cianosis por dificultad en el transporte de oxígeno, aunque éste efecto es poco frecuente. La prilocaina puede producir un efecto anestésico adecuado con bajos niveles de vasoconstrictor añadidos a la solución; debe de evitarse éste fármaco si se está administrando Acetaminofen ó Fenacetina ya que podrían incrementar el efecto de la Metahemoglobinemia. Los cartuchos dentales contienen Prilocaina en concentración del 4% y la dosis máxima recomendada es de 400 mg.
Su presentación comercial es el Citanest 4% en cartuchos de 1.8 ml y Citanest 4% con epinefrina 1:200000 en 1.8 ml.

Tetracaína

Este fármaco es aproximadamente diez veces más potente que la Procaina pero su toxicidad también es proporcionalmente mayor, su duración es muy prolongada, en las ocasiones en las que utiliza es en poca concentración 0.15 % y en combinación con la Procaina -

para prolongar su acción , la dosis máxima es de 30 mg

Propoxicaína

Este fármaco posee una acción de 7 a 8 veces más potente que la Procáína, se ha utilizado en concentraciones bajas 0.4 % adicionandola a la procaína al 2% para prolongar la acción de ésta .

Bupivacaína

De tipo amida es un potente fármaco en su efecto anestésico y en el comienzo de su acción se retarda entre 2 y 10 min. Se emplea en soluciones 0.25 % , 0.5% con la adición de epinefrina 1:200 000 , la duración es - muy elevada un promedio es de 7 hrs. por tal motivo - se emplea en intervenciones muy prolongadas . Los efectos tóxicos son ansiedad, nerviosismo y confusión mental. Dosis de 175 mg sin epinefrina y 225mg con epinefrina; en cirugía se ha empleado 3,75 mg y 22,5 mg la concentración empleada es de 0.5% con epinefrina - - 1:200 000 .

D . TECNICA ANESTESICA

El bloqueo del nervio Dental Inferior, es el bloqueo más importante para proporcionar una anestésia total para los dientes inferiores posteriores. La zona de la anestésia incluye los dientes de la mitad del hueso mandibular ,porción de la encía bucal, la piel y mucosa del labio inferior; a nivel de la línea media la anestesia llega a ser como un leve desvanecimiento , no ocurriendo así en la zona de los molares en la cual se realiza una anestésia eficaz .

La anestésia de la encía lingual, de la mucosa adyacente al 2° premolar y al 1° molar, se logra en forma coordinada mediante los bloqueos del nervio Lingual y Bucal .

INYECCION

Se recomienda una aguja larga y fuerte de bisel corto, la que hará una función de sonda .

Se coloca el dedo indice sobre el cuerpo adiposo de la mejilla, se separa dicho tejido hasta que el dedo se apoye contra la escotadura coronoides, al mismo tiempo se palpa y se localiza el tendón profundo del

músculo temporal .

Se coloca la jeringa sobre los premolares del lado opuesto y se punciona la aguja sobre la mucosa a la altura indicada por la escotadura coronoides y tan cerca como sea posible del tendón profundo, del temporal . La aguja se detiene en cuanto ha penetrado a la mucosa inyectando una gota de solución.

Después de esto, se pasa la aguja lentamente por una distancia aproximada de 0.5 cm moviendo con suavidad lateralmente para sentir el tendón profundo del músculo temporal. Desde éste punto hasta la espina de Spix hay una distancia de 1cm, se adelanta la aguja unos cuantos milímetros más y se inyecta 0.5 ml de solución para anestesiar el nervio Lingual.

Para insensibilizar el nervio Dental Inferior se adelanta más la aguja inyectando una ó más gotas de solución, esto se realiza antes de tocar el periostio situado por delante de la espina de Spix, hacia el surco donde se inyecta 1 ml del anestésico.

Es importante que antes de realizar nuestros primeros tiempos quirúrgicos esperemos unos cuantos minutos y realicamos pruebas para comprobar la efectividad de nuestra anestesia, debemos de someter a norma el hecho de que nuestro-

paciente sólo manifestará dolor ó molestia en el momento de sentir la introducción de la aguja más no durante el procedimiento quirúrgico .

CAPITULO VII
TECNICAS QUIRURGICAS

CAPITULO VII
TECNICAS QUIRURGICAS

Dentro de la Cirugía están los llamados "tiempos operatorios", estos tiempos tienen la finalidad de que dentro de la misma operación nosotros llevemos un orden, dicho orden nos llevará a realizar una intervención precisa, en donde no podremos omitir ningún paso hasta saber que ha concluido uno para iniciar el siguiente, llevar éste pensamiento durante una intervención nos motivará a que paso a paso el tratamiento quirúrgico se realice adecuadamente y de una forma completa, de tal modo que al finalizar la operación tengamos la seguridad de haber desarrollado un buen trabajo.

Los tiempos operatorios son :

- 1.- Incisión y desprendimiento del colgajo .
- 2.- Osteotomía .
- 3.- Operación propiamente dicha .
- 4.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 5.- Sutura .

1.- Incisión.

Es la maniobra inicial en la cual se abren los tejidos para llegar a los planos más profundos para rea-

lizar así el objeto de la intervención.

Se debe mantener tensa la fibromucosa ó encía realizándose la incisión profundamente hasta tocar tejido óseo ó el molar, es importante que palpemos la zona retromolar para saber con exactitud que estamos sobre el tejido óseo y no sobre zona lingual .

. Preparación del colgajo .- Al realizar una incisión se obtendrá un colgajo, que es el trozo de mucoperiostio limitado por dos incisiones ó la superficie de una zona arqueada .

Un colgajo se obtiene colocando una espátula ó el periostotomo en los labios de la herida apoyandonos decididamente sobre el hueso se realizan movimientos firmes desprendiendo el colgajo de su inserción, es muy importante que no realicemos mordiscos ó desgarreres en el tejido, además de que debemos de realizar su desprendimiento en toda la extensión necesaria; durante la intervención debemos de mantener éste tejido separado de la zona a trabajar evitando así que sea dañado y que proporcione de éste modo una buena visibilidad .

2.- Osteotomía

La osteotomía es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso, y la ostectomía es la extrac-

ción del hueso que cubre el objeto de la operación , éste tiempo operatorio se realiza con escoplos, pinzas gubias y fresas quirúrgicas .

3.- Operación propiamente dicha

Al realizar la eliminación del tercer molar incluido, se cumple la finalidad misma de la intervención, pues es la ejecución del objeto de la operación .

4.- Tratamiento de la cavidad ósea

Antes de suturar nuestro alvéolo es importante que dentro del mismo sea colocado, después de un previo curetaje y lavado, un apósito, si el caso de nuestra intervención así lo requiera, los apósitos tienen la finalidad de mantener el campo quirúrgico libre de infección y dentro de la cavidad bucal se emplean como medio para llevar medicamentos, como drenaje ó bien como taponamiento, un alvéolo debe de estar cubierto por un coágulo antes de ser suturado y si no es así estará la cavidad llena de un apósito .

5.- Sutura

La sutura ó el cierre de nuestro alvéolo es el tiempo operatorio final de nuestra intervención, en nuestro caso emplearemos la sutura de puntos aislados ó

separados ; consisten como su nombre lo indica en colocar puntos independientes de tal modo que no interfieran en la tensión ni la cicatrización del tejido si alguno de ellos se desprendiera ejerciendo así una acción independiente; nos debemos de ayudar con el portaguja de modo que lleguemos facilmente a la zona intervenida .

A continuación serán explicadas a modo de cuadro sinoptico los procedimientos básicos para la eliminación del tercer molar inferior incluido :

POSICION VERTICAL

SIN DESVIACION

- Incisión** Mínima sobre mucosa que cubre la cara oclusal del 3º molar, debe de ser firme hasta tocar el hueso ó la corona; debemos de iniciarla atrás del ángulo disto-oclusal, se festonea hasta llegar a cara distal del 2º molar. En caso de estar la cara mesial inaccesible se amplía la incisión hasta la cara mesial del 1º molar.
- Desprendimiento del Colgajo** Con el periostotomo ó legra colocada en la incisión hasta donde se toque el hueso desprendemos el tejido que incidimos esto se hace con movimientos de lateralidad y giro, no hay que rasgar ni lastimar el colgajo pero hay que hacerlo firmemente hasta observar las correspondientes caras dentarias y las estructuras óseas.
- Osteotomía** Con escoplo ó bien con la fresa quirúrgica procedemos a eliminar la escasa cantidad de hueso que protege al molar, como éste se desplazará hacia distal debemos de eliminar todo el hueso que dificulte ésta acción. Si fuera el caso de cara mesial inaccesible, con mayor razón hay que descubrir esta zona pues debemos de tener un amplio acceso para poder aplicar con comodidad y eficacia el elevador.
- Operación propiamente dicha** Se coloca el elevador en el espacio interdentario donde se pueda adaptar a la cara mesial del retenido, se gira el instrumento de tal modo que la fuerza que apliquemos sea suficiente para desplazar el molar hacia arriba y hacia distal; podemos tomar el molar ya luxado con alguna pinza ó forceps.
- Odontosección** Se indica la odontosección cuando de alguna manera observemos radiográficamente que la disposición de las raíces constituyen una retención tal que impida la extracción con facilidad.
- Sutura** Puntos separados y en ocasiones si nuestra incisión fúé mínima podemos prescindir de ella, pero hay que tener la certeza de que no habrá problemas postoperatorios.

POSICION VERTICAL
DESVIACION BUCAL Y LINGUAL

- Incisión** Tanto para cara mesial accesible como inaccesible se practica la misma incisión que anteriormente se explico .
- Desprendimiento del Colgajo** Es importante dejar las caras óseas libres, facilitando la osteotomía; hay que seguir las mismas indicaciones realizando firmemente nuestros movimientos de lateralidad y giro , es importante hacerlo rápidamente pues prolongarlo significaría provocar un edema posterior .
- Osteotomía** El hueso bucal , el distal y en ocasiones el oclusal en proximidad con la línea oblicua externa puede tener una consistencia muy sólida la cual forma una protección a la cúspide buco-distal , lo cual nos va a impedir el acceso al molar , de tal modo hay que eliminar el suficiente hueso distal para permitirnos dirigir el molar hacia ésta dirección; si está cubierta - la cara mesial, habrá que eliminar primeramente ésta zona, dirigiendonos - después hacia distal y posteriormente hacia bucal , es necesario dejar al descubierto la mayor parte del diente retenido para que el elevador pueda cumplir su función de cuña .
- Odontosección** Se debe de separa la cúspide buco-distal de la corona ó el ángulo buco-distal, si la osteotomía no es suficiente para liberar al diente retenido .
- Operación propiamente dicha** Se coloca el instrumento sobre cara mesial del 3° molar fijandonos que aquí hay una superposición de un segmento del tercer molar sobre el segundo, dejandonos un pequeño espacio interproximal, por tal motivo debemos de ir introduciendo poco a poco el elevador en el hueso para poder realizar lentamente nuestros movimientos para que el molar se dirija hacia arriba, adentro y hacia distal .
- Sutura** Puntos separados

POSICION VERTICAL .
DESVIACION BUCOLINGUAL .

- Incisión** Aquí la incisión va a coincidir con el centro de la cara oclusal del 3° molar , es decir, que irá ligeramente oblicua en el sentido buco-lingual y -contorneará la cara bucal del 2° y 1° molar hasta llegar a su cara mesial.
- Desprendimiento del colgajo** Con cuidado y firmeza debemos desprender el colgajo, descubriendo todas las caras del molar retenido sobre todo a nivel del ángulo buco-distal, ya que aquí es frecuente el asiento de adherencias e inserciones patológicas del colgajo y del saco pericoronario .
- Osteotomía** Si fuera necesario hay que eliminar el hueso oclusal, lingual y mesial, con el objeto de dejar libre la corona que está sólidamente protegida y en relación con la línea oblicua externa ; es importante mencionar que hay que desprender hueso bucal y distal , con el objeto de que el ángulo buco-distal y su cúspide queden totalmente descubiertos para realizar la eliminación - del 3° molar .
- Odontosección** Anteriormente se menciona el ángulo buco-distal del molar, esto es importante porque es uno de los lugares que hay que eliminar, ya que de no hacerlo tendríamos un aspecto más de retención y hay que añadir que si la disposición y dirección de las raíces no nos favorece debemos de seccionar el molar con el objeto de que estas salgan por separado según la dirección que presenten .
- Operación propiamente dicha** Aplicamos el elevador de hoja angosta sobre cara mesial y dirigimos el molar hacia arriba y hacia distal , debemos de procurar que estos movimientos no sean forzados pues puede presentarse una gran dureza en el hueso creando nos resistencia , en éste caso , ampliaremos nuestra odontosección u osteotomía .
- Sutura** Puntos separados .

POSICION MESTOANGULAR
SIN DESVIACION

- Incisión** Debe de ser amplia , iniciando en cara distal del 3º molar , contorneando posteriormente cara bucal del 2º y del 1º molar hasta llegar a su cara distal .
- Desprendimiento del Colgajo** Con el periostotomo se separa el tejido descubriendo el molar y los huesos vecinos , es importante que nuestro legrado sea amplio y útil ; para que el colgajo no nos estorbe en los pasos subsecuentes, podemos mantenerlo separado, con el separador de Farafeauf.
- Osteotomia** Hay que eliminar hueso mesial y distal según sea el caso , esto lo podemos hacer con el escoplo ó bien con la fresa quirúrgica, es importante checar - con la radiografía qué cantidad de hueso será necesario eliminar de tal modo que no tengamos que emplear una fuerza excesiva aplicada al elevador .
- Odontosección** Si se realiza según el eje mayor se aplica un escoplo de hoja ancha sobre la cara oclusal y con golpe de martillo se divide el molar; con la fresa quirúrgica podemos realizar también esta acción, trazando sobre el molar una línea imaginaria que dividiera el molar simétricamente, de esta forma con una fresa de bola quirúrgica iniciaríamos su división y poco a poco iríamos abriendo camino para que con una fresa de figura terminaríamos por separar el molar ; la porción distal se elimina con un elevador recto desplazándolo hacia distal , la porción mesial se extrae como si estuviera el molar completo introduciendo un elevador por debajo de la cara mesial . La odontosección según el eje menor, se realiza con una fresa quirúrgica y seccionando el molar a nivel del cuello dividiéndolo en corona y raíz, colgamos el elevador por debajo de la cara mesial y se desplaza la corona hacia arriba , después en la porción radicular realizamos un punto de apoyo para que con el elevador pueda dirigir esta porción al lugar que ocupaba la corona .
- Curetaje** Es importante que antes de proceder a suturar debemos de eliminar todo tejido necrosado ó patológico, como bolsas quísticas ó esquirlas óseas.
- Sutura** Puntos separados .

POSICION MESIOANGULAR
DESVIACION BUCAL

- Incisión** Amplia y de una sola intensión hasta tocar hueso , se debe de iniciar sobre la mucosa de la cara distal del molar retenido, continuandola por cara vestibular del 2° molar hasta llegar a cara distal del 1° molar .
- Desprendimiento del colgajo** Al realizar el legrado ó preparar el colgajo, debemos de tener la firme seguridad de que el lugar donde estamos colocando el periostotomo será lo suficientemente seguro para que el instrumento no salga del lugar que elegimos, esto es de suma importancia pues si nuestro instrumento resbalara podríamos lesionar gravemente otras zonas adyacentes ; de igual importancia es el obtener un colgajo en donde su estructura sea compacta y uniforme, evitando siempre rasgar ó hacer con el intrumento mordiscos .
- Osteotomía** En éste tipo de retención el problema de la extracción puede estar dado por el hueso distal ó disto-oclusal y por el hueso bucal , de tal modo, debemos de reseca el hueso distal y el bucal ; si fuera el caso de cara mesial inacesible procederemos a eliminar esta zona , lo importante en una osteotomía es eliminar todo tipo de hueso que constituya una retención para la eliminación de nuestro molar retenido .
- Odontosección** En el caso anterior se explico el procedimiento para realizar una odontosección , de tal manera que si encontramos imposibilidades para realizar la extracción eficazmente podemos facilitarnos el trabajo y así el traumatismo dandole mayor espacio de salida a un fragmento más pequeño .
- Operación propiamente dicha** Eliminado todo tipo de retención, procedemos a aplicar el elevador en cara mesial del molar , esto se realiza de modo que pueda desplazarse hacia arriba y así desalojar del alveolo .
- Sutura** Puntos aislados .

POSICIÓN MESIOANGULAR
DESVIACION LINGUAL

- Inciisión** Según sea la dirección del molar se traza haciendola coincidir ,prolongandola hasta el espacio interproximal del primer molar, una incisión debe de hacerce lo suficientemente amplia de tal modo que nos permita obtener un colgajo amplio el cual nos ayudará en los siguientes pasos- obteniendo una visibilidad adecuada y un campo operatorio óptimo.
- Osteotomía** Debe de ser vigorosa y amplia, se realiza osteotomía distal, lo cual va a permitir dirigir hacia el lado distal y lingual al molar retenido, si la cara mesial se presentára inaccesible se eliminará suficiente hueso mesial permitiendo así la cómoda entrada del elevador; continuamos después con la cara bucal, distal y eventualmente lingual; también dependerá del grado de profundidad y de la cantidad de hueso existente.
- Odontosección** Se realizará si la disposición de sus raíces es caprichosa ó se presentarán en diferentes direcciones sirviendo de anclaje ó retención.
- Operación propiamente dicha** Sigue las normas del tipo de retención anterior, colocando el elevador bajo la cara mesial y al ejercer un poco de presión el molar irá cediendo lentamente, no debemos de forzar pues podríamos no sólo fracturar el molar sino también el hueso mandibular .
- Sutura** Puntos aislados

POSICION MESIOANGULAR
DESVIACION BUCOLINGUAL

- Incisión** Debe de trazarse de manera que coincida con la dirección del molar y debe de prolongarse hasta el espacio existente entre el 1° molar y el 2° premolar , de éste modo el trazado distal de la incisión no corre paralelo a la arcada , sino que se dirige de atrás hacia adelante y de afuera a adentro , es decir ligeramente oblicua , se debe de prolongar la incisión donde existan puentes gingivales .
- Desprendimiento del colgajo** Desprendemos ampliamente el tejido dejando la cara oclusal y lingual totalmente descubiertas , debemos también festonear las zonas que quedaran al descubierta del 3° molar como lo son las cúspides , en los puentes gingivales también desprendemos el tejido .
- Osteotomía** La osteotomía se realizará según la profundidad del molar y la posición radicular , si estuviera cubierta la zona mesial debemos de realizar la osteotomía de ésta zona , es necesaria la osteotomía bucal en un sentido amplio ya que así existiría el suficiente espacio para desplazar bucolingualmente al - 3° molar .
- Odontosección** La colocación de su corona nos facilita que realicemos la odontosección según su eje mayor ; la odontosección está indicada en casos en que el molar retenido tenga su cara oclusal por debajo del plano de oclusión de los molares vecinos .
- Operación propiamente dicha** También sin la necesidad de realizar la odontosección (si no es el caso anteriormente indicado) podemos eliminarlo colocando el elevador en cara mesial del molar, pero debemos de cerciorarnos que exista poco hueso pericoronario y una disposición radicular sin retención; aplicando la fuerza sobre cara mesial el molar será dirigido hacia distal, hacia arriba y hacia lingual , ésta triple dirección es debida a la posición en que está colocado el molar . Si se dividió el molar con odontosección, quedará separado en porción mesial y distal, de ésta forma se extrae aplicando el elevador en la sección creada por la fresa dirigiendo el molar hacia el lado distal .
- Curetaje** Es muy importante dejar el alveolo perfectamente limpio de todo tipo de bolsas quísticas , esquirlas óseas , ó tejido necrosado ó patológico.
- Sutura** Perfectamente lleno el alveolo de sangre procedemos a suturar con puntos separados .

POSICION HORIZONTAL

SIN DESVIACION

- Incisión** La incisión exige que sea prolongada hasta el espacio entre el 1º molar y el 2º premolar, con el objeto de tener fácil acceso, visión y abordaje.
- Legrado** El colgajo se desprende desde el centro de la cara distal del molar, - que es donde se inició la incisión, separando todo el tejido que lo cubre, si hay integridad en la mucosa de igual manera habrá integridad en el colgajo .
- Osteotomía** La osteotomía será considerada de acuerdo con la proporción y cantidad de hueso que cubra al tercer molar y además con la forma y disposición radicular que presente. En la cara mesial inaccesible será necesario - resecar gran cantidad de hueso oclusal , pues en ocasiones se encuentra por debajo del plano oclusal de los dientes vecinos y en ocasiones del plano cervical, originando un sólido anclaje .
- Odontosección** Según el eje menor , se coloca la fresa quirúrgica a la altura del cuello anatómico , irrigando copiosamente hasta realizar la separación de corona y raíz . Las raíces fusionadas facilitan su eliminación siguiendo el camino de su disposición y forma ; hay que recordar que el elevador colocado en cara mesial del 3º molar, lo elevará hacia arriba y hacia el lado distal .
Según el eje mayor sólo se realiza cuando, se puede colocar fácilmente el escoplo ó la pieza de mano sobre cara oclusal, cosa que en éste tipo de retención no es nada fácil ni frecuente .
- Operación propiamente dicha** Se puede realizar la eliminación del tercer molar completa, cuando hay poca profundidad en su presentación ó una altura ligeramente por debajo del plano cervical de los molares vecinos, un escaso hueso distal y favorable disposición radicular; de lo contrario se realiza por previa odontosección .
- Sutura** Puntos aislados .

POSICION HORIZONTAL

DESVIACION BUCAL

- Incisión** Por regla general éste tipo de retención presenta parte de sus caras , oclusal, bucal y distal al descubierto, no obstante sigue las normas señaladas anteriormente; en cara mesial inaccesible exige que la incisión llegue hasta la cara distal del 2º premolar .
- Osteotomía** Es importante eliminar el suficiente hueso distal y bucal pero es muy necesario eliminar hueso mesial, pues se requiere de espacio para poder introducir el elevador sobre dicha cara, hay ocasiones en las que inmediatamente después de la osteotomía se puede realizar la eliminación con elevadores pero salvo si no fuera retención muy profunda y tuviera una especial disposición radicular .
- Odontosección** Como ya dijimos está indicada en casos muy profundos , en raras disposiciones radiculares y en divergencia de las mismas, también en pronunciado contacto ó anclaje de la cara mesial de retenido con la cara distal y línea cervical del 2º molar .
La odontosección según el eje mayor se realiza en molares que presentan fácil acceso a cara oclusal y raíces individualizadas .
La del eje menor , se hace incapie en el hecho de abrir espacio suficiente en cara mesial, pues su eliminación se complica en la retención de la cúspide mesiobucal ó mesiolingual , las cuales están protegidas por el mesial .
- Operación propiamente dicha** Por medio de los elevadores se realiza sólo cuando tenga el hueso distal escasa consistencia y extensión, además de disposición radicular óptima ; un aspecto muy importante es que se emplea elevador cuando no existe anclaje de una porción de la cara oclusal del 3º molar en la cara distal y región cervical del 2º molar .
El elevador se aplica en cara mesial dejando que el mango del instrumento se dirija hacia abajo , si no cede el molar se realizan movimientos rotatorios hasta observar que el 3º molar sea elevado en dirección distal .
- Sutura** Puntos aislados .

POSICION HORIZONTAL

DESVIACION LINGUAL

- Incisión** El trazado debe de coincidir con el eje mayor del molar retenido, de ésta forma tiene un recorrido de atrás hacia adelante hasta llegar a cara distal del 2º molar y si se desea puede prolongarse hasta cara proximal del 2º premolar .
- Legrado** Con cuidado y sin lesionar hay que desprender ampliamente nuestro tejido ,de tal modo que proporcionemos amplitud y una muy buena visibilidad .
- Osteotomía** Es abundante de acuerdo a la cantidad de hueso bucal que se presente por lo general es amplia su resección, esto se presenta tanto en cara mesial accesible e inaccesible debido al anclaje que presenta, también hay que eliminar hueso distal y lingual .
- Odontosección** Deben de seccionarse los molares prominentemente retenidos con odontosección según su eje menor .
- Operación propiamente dicha** Si se realiza con elevador hay que realizar sobre éste una triple acción, aplicando el elevador en cara mesial se debe de dirigir hacia el lado distal, arriba y hacia cara lingual .
- sutura** Puntos aislados .

POSICION HORIZONTAL

DESVIACION BUCOLINGUAL

- Incisión** Paralela al eje mayor del tercer molar, llegando hasta cara distal del 2º premolar .
- Osteotomía** Eliminación ó resección del hueso que cubre parcial ó totalmente al molar y que de alguna manera ejerzan un papel retentivo y problemático para su eliminación .
- Odontosección** Se realiza según su eje menor, el problema en éste tipo de retención es el anclaje que la cúspide ó la totalidad de la cara oclusal del 3º molar presenta al estar colocada en el tercio medio del 2º molar , por éste motivo después de seccionar el molar según su eje menor, se procede a dividir la corona por la mitad, de tal modo que sea extraída en secciones para facilitar su salida.
- Operación propiamente dicha** Después de realizar las divisiones necesarias debemos de aplicar el elevador en la zona donde realizamos la división , es importante que lo realizemos cuidadosamente para que al retirar la totalidad del molar, las porciones del molar sean complementadas y de éste modo podamos retirar fuera del alveolo que nuestro molar ha sido extraído en su totalidad, esto es de suma importancia máxime si es realizada la odontosección pues antes de suturar tenemos que tener la plena seguridad de que no habrá nada que nos provoque algún tipo de problema posoperatorio .
- Sutura** Puntos separados .

POSICION LINGUOANGULAR

- Incisión** Se inicia en el límite distal de la corona del molar retenido, debemos de guiarnos con la radiografía y con la palpación , se desvía un poco hacia tabla interna, festoneamos cara distal y bucal del 2º molar y 1º molar .
- Colgajo** Con firmeza pero con mucho cuidado debemos de eliminar básicamente el tejido que cubra cara lingual, debe de desprenderse tejido en bastante extensión .
- Osteotomía** Se realiza la eliminación de hueso distal, oclusal y mesial , en ocasiones no existe dicha capa de tejido óseo .
- Odontosección** Se realiza la odontosección cuando el diente está totalmente formado , el corte se lleva a cabo a nivel del cuello , despacio y sin lesionar tabla lingual . Para eliminar las raíces debemos de realizar un orificio previo .
- Operación propiamente dicha** Con un elevador insinuado sobre cara mesial debemos de desplazar la corona hacia el lado lingual, hacia arriba y hacia distal , no debemos de aplicar mucha fuerza pues es importante que quede intacta tabla externa ; las raíces deben de ser extraídas colocando un elevador en el orificio que previamente realizamos como punto de apoyo sobre dichas raíces .
- Sutura** Puntos aislados .

POSICION BUCOANGULAR

- Incisión** Como el tipo anteriormente mencionado ,sólo que en éste caso irá desviada la incisión hacia bucal .
- Osteotomía** Procurará suficiente espacio distal,mesial y lingual .
- Odontosección** Se divide en tres segmentos , anterior a nivel del cuello, posterior a nivel del tercio medio radicular ; esto es con el objeto de eliminar al tercer molar a través del segmento medio facilitandonos su salida .
- Operación propiamente dicha** Al ser eliminado el segmento medio,procedemos a aplicar un elevador en la cara oclusal y el hueso bucal, cuando se haya logrado profundizar más el instrumento, se desplaza la corona hacia el lado lingual a expensas del espacio creado por el segmento medio ; la porción radicular se elimina realizando un pequeño orificio y aplicando en su interior un elevador .
- Sutura** Puntos separados

POSICION PARANORMAL

- Incisión** Tan sólo debemos de mencionar que el tipo de incisión será amplia de modo tal que permita un fácil acceso a todos los procedimientos quirúrgicos que tengamos que llevar a cabo .
- Colgajo** De de cumplir su amplitud , su buena visibilidad , debe de ser de una sola estructura sin daño en su forma .
- Osteotomía** Dependiendo de su posición será la extensión y el alcance de la osteotomía de modo que al realizar el efecto de palanca se pueda realizar sin consecuencias ni traumatismos , hay que liberar lo mayormente posible al molar de su retención .
- Odontosección** Por regla general ,la odontosección participa como método cooperador , el molar debe de ser dividido en tantas partes como sea necesaria para facilitar su extracción .
- Operación propiamente dicha** Los tipos anteriores de retenciones, podrían guiarnos para obtener un criterio más amplio, en el aspecto de que según se nos presente la disposición, dirección y colocación tanto de raíces como de corona del molar retenido, será nuestra posibilidad para realizar una intervención favorable y sin daño posterior .

Sutura

Puntos aislados

CAPITULO VIII

CUIDADOS POSOPERATORIOS

CAPITULO VIII
CUIDADOS POSOPERATORIOS

Después de la intervención , es necesario que antes de des pedir al paciente le demos una serie de indicaciones que contribuirán al éxito de la intervención y al mismo tiempo constituyen una tranquilidad para el paciente, ya que es frecuente que se sienta un poco desorientado en lo que debe ó no de hacer si se presentará algún proceso extraño y que puede ser normal, en la zona que ha sido intervenida , es por esto que hay que evitarles todo tipo de inquietudes proporcionandoles un enlistado de los cuidados que debe tener fuera del consultorio .

1.- Apósitos de gasa

Al terminar la operación y si son colocadas compresas de gasa para ocluir el alveólo , se le debe de indicar al paciente que no retire estos apósitos durante un período de 30 a 45 min. si no cesara el escurrimiento de sangre es necesario consultar al Cirujano Dentista.

2.- Compresas calientes y frías

El hielo envuelto en tela ó las compresas frías son recomendadas para evitar el mínimo de inflamación, puede colocarse durante las ocho horas siguientes a la operación ,durante 20 min. y descansar durante 10 min.

Las compresas calientes se dice que aumenta el nivel -

de circulación y se prescribe en algún tipo de eliminación con proceso agudo .

3.- Higiene bucal

Es importante indicar al paciente que no debe de enjuagarse ni debe de escupir durante las primeras 12 h. pues pondría en peligro la formación del coágulo; posteriormente debe de cepillar la zona no afectada por la operación, esto puede hacerlo con cepillo de cerdas suaves, le proporcionará alivio y frescura; al día siguiente podrá enjuagarse toda la boca sin ser vigoroso; es de suma importancia la limpieza de la boca para evitar posibles infecciones .

4.- Dieta

La alimentación puede ser lo más líquida ó blanda posible, esto es con el fin de evitar lesionar la zona intervenida, el paciente puede volver a su dieta normal tan pronto como le sea posible .

5.- Sueño

Se debe procurar dormir con la cabeza en alto, si hay secreciones de saliva con sangre no debe de ser alarmante pues por lo general es saliva que no es deglutida durante el sueño .

6.- Actividad

Esto es variable de acuerdo al paciente ya que algunos no consideran extenuante la intervención y pueden realizar sus actividades normalmente, se recomienda evitar los deportes y ejercicios bruscos .

7.- Medicación posoperatoria

Por lo general se recomienda en caso de dolor ó bien para tranquilidad del paciente que tome el analgésico que acostumbra en caso de dolor de cabeza; el uso de antiinflamatorios será a juicio del Odontólogo, pues se puede sospechar de alguna infección ó bien si la intervención fué muy prolongada .

8.- Citas posoperatorias

Es aconsejable antes de retirar al paciente tomar una radiografía de la zona intervenida como medio de chequeo, además debemos de citarlo con posterioridad para realizar la valoración del proceso de curación, es importante citarlo si hay que eliminar apósitos ó puntos de sutura y hacerle incapie que debe cumplir dichas citas para bienestar de él mismo .

CONCLUSIONES

En el desarrollo de éste tema, hemos observado como a pesar de que se habla de una unidad, que es el tercer molar inferior, y que suele ser considerado como único y específico, vemos como esto no sucede así, ya -- que al hablar de inclusiones y de un tratamiento quirúrgico, estamos ya involucrando toda una serie de conocimientos que a través de nuestros estudios y que poco a poco hemos integrado de tal modo que podamos realizar un buen diagnóstico, basado en las radiografías, la historia clínica; en donde al ser determinado correctamente obtendremos ya el primer paso para partir a un buen tratamiento pronosticando así la evolución del problema que nos atañe .

Todo esto es una secuencia lógica en donde desde el momento de elegir el instrumental, así como el anestésico, ó la técnica quirúrgica a seguir, vamos aplicando cada uno de los conceptos adquiridos durante nuestros estudios.

Todo esto dentro de la Odontología nos hace determinar que no hay que pensar que el más pequeño tratamiento que realicemos en cavidad bucal debe de ser -

considerado como algo sencillo e independiente, pues así como la misma cavidad bucal está integrada a todo un organismo humano, así mismo la Cirugía, la Operatoria, la Prótesis y todas las ramas odontológicas están unidas a un mismo tronco y que de ahí todas se manejan interdisciplinariamente, pues vimos como la Cirugía se ayuda de la Radiología, Patología, de la Anatomía, Farmacología, etc. lo cual nos hace determinar que para realizar un buen tratamiento debemos de tener la plena seguridad de nuestras aptitudes, habilidades y conocimientos, los cuales debemos saber integrar para el éxito de nuestra profesión y de la vida misma .

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ATLAS A COLOR DE ANATOMIA HUMANA
MAC Minn, R.M.H. ; Hutchings
Nueva editorial Interamericana
México, D.F. 1982
351 p.p.
consulta 9-74

- 2.- ANATOMIA DENTAL
ESPONDA Vila Rafael
Textos universitarios
Editorial Melo
México 1978 5° edición
390 p.p.
consulta 314-316

- 3.- ANATOMIA DENTAL DE CABEZA Y CUELLO
DUNN J. Martin , Shapiro Cindy
Editorial Interamericana
1° Edición 1978
139 p.p.
consulta 61,62,63,98 a 132

- 4.- TRATADO DE ANATOMIA HUMANA
QUIROZ Gutiérrez Fernando
Tomos I, II, III
Editorial Porrúa, S.A.
México, D.F. 1970

- 5.- CIRUGIA BUCAL
RIES Centeno Guillermo A.
Edit. El Ateneo
Buenos Aires 1979
8° Edición
680 p.p.
consulta 257 a 290, 293 a 321, 222 a 227, 72 a 93

- 6.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
KRUGER O. Gustav
Edit. Interamericana
México, D.F. 1978
4° Edición
607 p.p.

- 7.- CIRUGIA BUCAL
ARCHER W. Harry
Editorial Mundi
Buenos Aires 1968
Tomo I

- 8.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
SHAFER G. William, et al.
Editorial Interamericana
México 1981
846 p.p.

- 9.- ANESTESIA ODONTOLOGICA
BJORN Jorgensen Neils
Ed. Interamericana
3° edición
México, D.F. 1981
270

- 10.- CIRUGIA BUCAL
COSTICH R. Emmett, White P. Raymond
Editorial Interamericana
México, D.F. 1974
224 p.p.

- 11.- EL DIENTE IMPACTADO, COMPLICACIONES
Clinicas Odontológicas de Norteamérica
Ed. Interamericana, México 1979
Vol. 3
p.p. 82