



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

**GENERALIDADES ESTUDIO Y TRATAMIENTO EN
LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS
MOLARES RETENIDOS.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
J. ANTONIO URIBE ALVARADO

México, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

INDICE.

	PAGS.
CAPITULO I.	1
HISTORIA DE LA CIRUGIA.....	
CONFIGURACION ANATOMICA DEL MAXILAR Y MANDIBULA (huesos, músculos, nervios faciales).....	4
CAPITULO 2.	
DEFINIR EL TERMINO DE DIENTE RETENIDO.....	8
CAPITULO 3.	
PATOGENIA.....	9-A
a) CAUSAS GENERALES.....	10
b) CAUSAS LOCALES.....	10
c) CAUSAS SINTOMATICAS.....	10
CAPITULO 4.	
CONDICIONES PRELIMINARES PARA EFECTUAR --- EXTRACCIONES DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.....	11
CAPITULO 5.	
CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS SUPERIORES.....	17
CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS INFERIORES.....	18
CAPITULO 6.	
ACCIDENTES Y COMPLICACIONES MEDIATAS E --- INMEDIATAS EN LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.....	27
CAPITULO 7.	
INSTRUMENTAL QUE SE UTILIZA EN EL QUIROFANO.....	32

CAPITULO 8.	
TECNICA ANESTESICA.....	40
TIPOS DE ANESTESICO PARA EFECTUAR LA EXTRACCION	
CAPITULO 9.	41
TIEMPOS QUIRURGICOS PARA EFECTUAR LA EXTRACCION	
EN TERCEROS MOLARES RETENIDOS SUPERIORES.....	41
TIEMPOS QUIRURGICOS PARA EFECTUAR LA EXTRACCION	
EN TERCEROS MOLARES RETENIDOS INFERIORES.....	45
CAPITULO 10.	
ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR RETENI-	
DO INFERIOR SINTOMATOLOGIA Y SIGNOS.....	65
a) ACCIDENTES MUCOSOS.....	65
b) ACCIDENTES NERVIOSOS.....	66
c) ACCIDENTES OSEOS.....	66
e) ACCIDENTES LINFATICOS O' GANGLIONARES	67
f) ACCIDENTES TUMORALES.....	67
ACCIDENTES DE ERUPCION DE LOS TERCEROS MOLA----	
RES SUPERIORES RETENIDOS.....	68
CAPITULO II.	
INDICACIONES Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS.....	69
CAPITULO 12.	
INDICACIONES Y FARMACOTERAPIA PRE-POSTOPERATO--	
RIO.....	72
CONCLUSIONES.....	74
BIBLIOGRAFIA.....	

HISTORIA DE LA CIRUGIA.

La ciencia de la cirugía y el arte son tan antiguos como la humanidad misma, pues se supone que el hombre en sus épocas primitivas, por las condiciones de vida que lo rodean estaba expuesto a sufrir grandes traumatismos por su constante lucha con las bestias, con la naturaleza y sus semejantes; cabe decir que no podía dejar sin curar las heridas, fracturas y luxaciones, el cuidado y tratamiento de éstos dio origen a la cirugía.

En el año 1200 A. C. Macaón y Podalyro ejercían la cirugía según los preceptos de su padre Esculapio.

En el siglo glorioso de Pericles, aparece, Hipócrates - como fundador de la escuela clásica, y primer maestro que dio a conocer su doctrina por medio de escritos; sus muestras nos enseñan el notable progreso del campo de la enseñanza quirúrgica, con preceptos de gran valor jamás igualados o superados.

La obra de Hipócrates fue continuada por su hijo y su yerno, además de sus discípulos.

La escuela de Alejandría fue la heredera de la ciencia griega Herófilo (323-346) figuró como notable anatomista; de 240 a 270, florece una nueva era con nombres como los de Apolonio, Molpis, Nifodora, Herón y algunos más; otro que destacó en esa era fue el empírico Heráclito; todos ellos supieron aplicar sus conocimientos anatómicos a la terapéutica quirúrgica, todo esto se puede apreciar por numerosas citas que hace Galeno en su trabajo.

En Roma durante los primeros cinco siglos de la medicina ésta fue empírica y según Catos la ejercían solo los esclavos y algunos médicos empíricos griegos (año 200 A. C.) y destacaron en Roma Arcagatus y Esclepiades de Bitinea, médico -- amigo de Cicerón quien practicó la primera traquetomía, en --- tiempos de Augusto Celso, publicó su tratado de medicina que puede decirse que es el adelanto médico quirúrgico, además de que dividió a la medicina en tres partes.

- a) La Dietética.
- b) La Farmacológica.
- c) La Cirugía.

En la escuela de Celso, se nota más la precisión en -- los conocimientos anatómicos, en relación con la de Hipócrates, por eso se toma como punto de partida en la evolución -- de la cirugía. En el año 131 A. C., nace en Pérgamo (Asia Menor) Galeno, y abre una época memorable a la historia de la medicina por su afición a la anatomía y se forma conforme a la escuela de Alejandría y a los 34 años de edad se estableció en Roma, abandonando la cirugía para dedicarse únicamente a la medicina, siguiendo la escuela de Hipócrates.

Si bien Hipócrates es el padre de la medicina, Galen marcó un camino seguro para la ciencia médica actual.

Pasteur cimentó con firmes pasos una escuela con principios científicos y a partir de esa fecha fue el avance -- seguro de la cirugía contemporánea.

Sin embargo subsistía el problema del dolor, con el -- fin de evitar el dolor múltiples procedimientos fueron ensayados, la compresión de terminales nerviosas o bien la ingestión de sustancias enervantes; pero el período científico de los anestésicos principia en el año 1795, cuando en el laboratorio químico de Beddoes en Bristol, el joven químico Hum pri Davi, encargado de experimentar la acción de los gases -- sobre el organismo, descubrió la propiedad analgésica del -- protóxido de nitrógeno y gas hilarante.

Los resultados obtenidos en Francia, Inglaterra, Alemania y Suecia, con el empleo de dicho gas como anestésico -- fueron desfavorables, más tarde, Horacio Wells al aplicar -- dicho gas fracasó públicamente, no obstante, ésta fecha se -- considera como la iniciación de la anestesia. La acción estupefaciente y anestésica del éter era ya conocida por muchos -- médicos de Atenas (1842); éste hecho permaneció ignorado, pero en la misma fecha Jackson había comprobado accidentalmente en sí mismo la acción anestésica que producía la inhalación -- de los vapores del éter.

Cuatro años más tarde, el dentista Morton de Boston, - utilizó éste medio anestésico para practicar extracciones dentarias y el éxito fue completo y en 1846, Warren y Harvard en América y en 1847, Molgaign y Velpau de Francia, demostraron -- públicamente que el grave problema de la anestesia estaba resuelto.

La adquisición de todos estos conocimientos dió como -- resultado el establecimiento de los grandes postulados.

- a) Evitar el dolor.
- b) Prevenir la infección.
- c) Cohibir la hemorragia.

La enseñanza de estos principios es el dominio de la - técnica quirúrgica, que nos proporciona un conjunto de reglas- y conocimientos necesarios para realizar una buena interven- ción quirúrgica. La técnica quirúrgica proporciona la habili- lidad requerida para efectuar una operación en el menor tiempo posible, sin dolor, con poca o ninguna hemorragia y sin infec- ción consecutiva. Estos requisitos tienen como principal ob- jetivo restablecer el equilibrio fisiológico, pues si interve- nimos en el tejido vivo no podemos de ninguna manera apartar- nos de la función característica de cada uno de ellos.

La cirugía en sus principios se caracterizó por ser --- principalmente mutiladora, pero día con día ha ido tomando un- aspecto conservador y reconstructivo, pues de lo contrario el- cirujano solo sería un amputador de órganos y no un médico pa- ra curar males por medios manuales. Es obvio que la técnica- quirúrgica tiene gran importancia como capítulo de la terapéu- tica; por medio de élla tendremos la preparación y la práctica indispensable para ejercer la cirugía.

Este capítulo no trata de la anatomía detallada del --- campo quirúrgico bucal, sino en general la composición de la - cara como son huesos, músculos y fundamentalmente los vasos -- faciales principalmente en cuanto a las incisiones de cirugía- bucal.

La cabeza ósea se divide en dos porciones: una tiene -

la forma de caja ósea y contiene el encéfalo, es el cráneo; - la otra destinada a alojar la mayor parte de los órganos de los sentidos y a sostener los de la masticación, es la cara.

El cráneo es una caja ósea destinada a alojar y proteger la parte más voluminosa y más noble del neuroeje. El cráneo está esencialmente constituido por 8 huesos, cuatro pares y cuatro impares. Los cuatro pares son los parietales y -- los dos temporales y los impares son: el frontal, el etmoides el esfenoides y el occipital.

El frontal o coronal ocupa la parte más anterior del -- cráneo.

Etmoides.- Hueso impar, medio y simétrico, situado -- por delante del esfenoides, en la escotadura etmoidal del --- frontal. Su configuración es extremadamente irregular.

Esfenoides.- Impar medio, el esfenoides ocupa la parte anterior y media de la base del cráneo, en donde está enclavado a manera de cuña entre los huesos que lo rodean.

Occipital.- Hueso impar, medio, simétrico, situado -- en la parte posterior e inferior del cráneo. Presenta una forma romboidal bastante regular.

Parietal.- Hueso par, situado encima del temporal, -- detrás del frontal y delante del occipital. De forma cuadrilátera.

Temporal.- Hueso par, situado en la parte inferior y lateral del cráneo, entre el occipital, el parietal y el esfenoides.

Huesos de la Cara.

La cara es un conglomerado óseo, situado en la parte inferior y anterior de la cabeza, que contiene en sus cavidades la mayoría de los aparatos de los sentidos.

El conglomerado óseo cuyo conjunto constituye la cara y se divide en dos porciones llamadas mandíbulas: la mandíbula superior y la mandíbula inferior. Un sólo hueso cons--

tituye en el hombre la mandíbula inferior: el maxilar infe---rior. La mandíbula superior, mucho más complicada, se compone de trece huesos, que se agrupan todos alrededor de uno solo, el maxilar superior, como alrededor de un centro común. -- De estos trece huesos uno solo es impar, el vomer; los demás -- son pares y están dispuestos simétricamente a cada lado de -- la línea media. Son el maxilar superior, el hueso molar, el -- unguis, el cornete inferior, el hueso propio de la nariz y el -- palatino.

Maxilar superior.- Hueso par, de forma cuadrilátera, -- ligeramente aplanada de fuera adentro.

Hueso Malar.- Hueso par situado en la parte más exter--na de la cara, aplanado de afuera adentro, de forma cuadriláte--ra.

Hueso propio de la nariz.- Hueso par, colocado a cada--lado de la línea media, entre las dos apófisis ascendentes del maxilar superior.

Unguis.- El unguis o lagrimal es un hueso par, que se halla situado en la parte anterior de la cara interna de la fo--sa orbitaria, constituye una pequeña lámina ósea, de forma -- cuadrilátera irregular.

Hueso palatino.- Los dos huesos palatinos ocupan, uno--en el lado derecho y otro en el izquierdo, la parte más poste--rior de la cara.

Cornete inferior.- Hueso par colocado en la parte in--ferior de las fosas nasales.

Vomer.- Hueso impar, medio que constituye la parte -- posterior del tabique de las fosas nasales.

Maxilar inferior.- Hueso impar, medio, simétrico si--tuado en la parte inferior de la cara, forma por sí solo la -- mandíbula inferior, se divide en dos partes una parte media o -- cuerpo y dos partes laterales o ramas.

MUSCULOS MASTICADORES.

Los músculos masticadores son cuatro: el temporal, el masetero y los dos pterigoideos, externo e interno.

El temporal.- Aplanado triangular o en abanico, ocupa la fosa temporal. Su acción es, elevador del maxilar inferior y retractor del cóndilo cuando este último ha sido conducido hacia delante por el pterigoideo externo.

Masetero.- Es un músculo corto, grueso, adosado a la cara externa de la rama del maxilar inferior, su acción es la de elevador del maxilar inferior.

Pterigoideo interno.- Situado por dentro de la rama del maxilar inferior, tiene la misma disposición que el masetero, su acción es elevador de la mandíbula.

Pterigoideo externo.- Tiene la forma de un cono, cuya base corresponde al cráneo y el vértice al condilo. Ocupa la fosa cigomática, su acción es la contracción simultánea de los dos músculos pterigoideos, determina la proyección adelante del maxilar inferior y la contracción aislada de uno de ellos, movimiento de lateral o de diducción.

VASOS FACIALES.

Los vasos faciales.- Principales en cuanto a las incisiones de cirugía bucal siguen un trayecto que es:

1.- Profundo en relación con los músculos superficiales de la expresión (incluyendo el cutáneo del cuello y excluyendo los músculos canino y buccinador).

2.- Superficial.- A los músculos de la masticación y desde luego, a los huesos faciales profundos.

En sentido general la vena facial anterior drena las regiones alimentadas por la arteria maxilar externa (facial),-

y la vena facial posterior drena las regiones faciales más profundas regadas por las ramas terminales de la arteria carótida externa, el nervio sensitivo principal, de la cara es el quinto par craneal.

El nervio motor más importante de la cara (además del trigémino o quinto par craneal que inerva los músculos de la masticación) es el séptimo par craneal.

El trauma quirúrgico del quinto par craneal puede considerarse de importancia secundaria, pues la secuela más importante es una parestesia, y la posibilidad de regeneración es buena. Sin embargo la lesión quirúrgica del séptimo par craneal y la pérdida subsecuente de función de los músculos faciales de la expresión, son un problema estético importante y sin gran esperanza de regeneración espontánea y funcional.

Es imprescindible tener un conocimiento completo de las relaciones anatómicas de los tejidos que van a operarse.

DIENTES RETENIDOS.

La expresión "dientes retenidos" se usa más bien imprecisamente para incluir los dientes retenidos en el verdadero sentido de la palabra, o sea, dientes cuya erupción normal -- es impedida por dientes adyacentes o hueso; dientes en mal -- posición, hacia lingual o vestibular con respecto al arco --- normal o en infraoclusión; y dientes que no han erupcionado - después de su tiempo normal de erupción.

Es obvio que un verdadero diente retenido puede tam--- bién estar en mal posición y no haber erupcionado o haberlo - hecho parcialmente.

Un diente en mal posición puede estar erupcionado por-completo, en parte, y no haber erupcionado, y estar retenido-o no. Un diente no erupcionado puede estar en mal posi---- ción, retenido o en posición normal para la erupción.

Deberán aplicarse inteligentemente términos descriptivos cuando se clasifiquen los dientes retenidos. Se comprende que en muchos casos una descripción completa de los dien-- tes retenidos deberá incluir uno o más de estos términos. En muchos otros casos, el término "retenido" no será aplicable.

Hay varios términos que se han usado para referirse a- los dientes no erupcionados, tres son los más comunes.

Incluido: Quiere decir comprender una cosa dentro -- de otra.

Ejemplo: Diente incluido dentro del maxilar o de la mandíbula, esto es cuando el paciente no ha terminado su tiem po de erupción.

Impactado: Organos que por un impacto ó traumatismo - se hayan dentro del alveolo. Significa introducir por la -- fuerza una cosa dentro de la otra.

Retenido: Quiere decir detener su acción, patólogos- que no pueden erupcionar; y su tiempo de erupción ya pasó.

Lo más común es la falta de espacio proceso patológico, odontoma, tumoración, quiste.

PATOGENIA.

El problema de la retención dentaria ante todo de índole mecánica de el diente que está destinado a hacer su erupción normal y aparecer en la arcada dentaria como sus congéneres dentarios, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización normal del trabajo que ha de realizar, en consecuencia, la erupción normal se encuentra impedida mecánicamente por ese obstáculo.

Razones Embriológicas.- La ubicación especial de un germen dentario es un sitio muy alejado del normal de erupción por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está impibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado, éste contacto constituye una verdadera fijación diente en "erupción" en posición viciosa, sus raíces se constituyen pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

Todas las enfermedades en general en directa relación con las glándulas endócrinas puede ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de los dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo) y las enfermedades que le son propias tienen también influencia sobre la retención dentaria.

La explicación de la incidencia de dientes retenidos que parece más lógica es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos, ésto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares superiores o inferiores, o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar.

Otros dientes también presentan ausencia congénita o malformaciones, pero no tan frecuentes como en los terceros molares. La dieta moderna no requiere un esfuerzo decidido en la masticación, y esto es la causa de la falta de un estímulo del crecimiento de los maxilares y la razón por lo que el hombre moderno tiene dientes retenidos.

Irregularidad en la posición de un diente adyacente, la densidad del hueso que lo cubre, inflamaciones crónicas -- continuadas con su resultante una membrana mucosa muy densa, falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, indebida retención en los dientes primarios, pérdida prematura de la dentición primaria, enfermedades adquiridas como la necrosis debidas infecciones o abscesos, cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantemáticas en los niños.

Las retenciones se encuentran a veces donde no existen condiciones locales presentes;

Causas prenatales: a) herencia, b) mezcla de razas.

Causas postnatales: todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño, tales como: raquitismo, anemia, sífilis congénita, tuberculósis, desnutrición.

CONDICIONES PRELIMINARES PARA EFECTUAR EXTRACCIONES DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Antes de realizar la extracción del tercer molar retenido se debe efectuar lo siguiente:

- a) Historia Clínica.
- b) Evaluación Radiográfica para localizar posición, forma, tamaño y número de raíces.
- c) Estudios de laboratorio.
- d) Saneamiento básico.

A) HISTORIA CLINICA.

a.1) Datos personales.-Nos orienta en el diagnóstico para sospechar ciertas enfermedades con predominio racial.

Nombre	Sexo
Ead.	Empleo
Dirección.	Procedencia o lugar de nacimiento.
Estado Civil.	

a.2) Antecedentes.-Nos proporciona una explicación más --fiel del estado real del pa ciente.

a.3) Antecedentes Hereditarios y familiares.- Los antecedentes familiares como personales, facilitan el diagnóstico y permiten la observación, evolución y respuesta al tratamiento. Los padecimientos que más interesan, son los que tienen un carácter hereditario bien demostrado, a los que traducen una tendencia familiar definida a un cierto tipo de patología.

a.4) Antecedentes no patológicos.- Todos los datos correspondientes al medio de vida de cada paciente y de sus hábitos de nutrición, tabaquismo, alcoholismo, frecuencia de aseo personal, indicar si la vivienda cuenta con todos los servicios, etc:

a.5) Antecedentes personales patológicos.- Obtener la ennumeración de las enfermedades padecidas durante la infancia hasta la actualidad, así como las inmunizaciones, las enfermedades de tipo traumático quirúrgico, anestésicos, alérgicos y transfuncionales.

a.6) Padecimiento actual.- En los casos en que exista una enfermedad en evolución (infección crónica o malestar); -- el odontólogo debe tener un pequeño resumen que incluya el -- tratamiento y los medicamentos que esté tomando actualmente.

a.7) Interrogatorio por aparatos y sistemas.

Aparato digestivo.- Señalar; apetito (aumentado, disminuido, perverso), secreción salival (aumentada o disminuida) sensaciones de dolor en la cavidad oral (dolor continuo o intermitente), sensaciones anormales motivadas por la llegada de los alimentos al estómago, sensación de peso, plenitud náuseas vómitos, dolor y sus caracteres; intensidad, tiempo de aparición, eructos, regurgitaciones.

Funcionamiento intestinal.- Si hay estreñimiento, diarrea, dolor, enferma de cólico, retortijón o tenesmo (tiempo de aparición), ventosidades, caracteres de las evacuaciones -- intestinales; color, dolor, número, cantidades, constancia, -- consistencia, presencia de elementos extraños, parásitos, alimentos sin digerir, moco, pus, etc.

Aparato respiratorio.- Se preguntará si se tiene tos -- seca o flemosa, se presenta por accesos, hace que tiempo empezó, evolución que ha tenido, caracteres de la expectoración, -- si es fácil o difícil, cantidad, color, olor, constancia, a-- reacción y si contiene sangre, si hay hemoptisis, la abundancia en caso de que haya frecuencia, y si viene con tos, si persiste esputos hemoptóticos, sensación de presión, dificultad -- para respirar, dolor torácico, si hay fiebre y de que tipo --- sudores vespertinos.

Aparato Circulatorio.- Se pregunta lo siguiente: Hay disnea de decúbito o de esfuerzo, edema, dolor precordial, -- aprensión, palpitación, cianosis cefalea, vértigo con los cambios bruscos de posición, epitaxis, hipertensión, lipotimias, hemorragias, otras.

Aparato genitourinario.- Se harán las siguientes preguntas, emisión de orina, número de micciones, dificultad en la micción, cantidad de orina, color, sedimentos (su color), presencia de sangre (si es al principio de la micción, al final de ella o mezclada íntimamente en la orina, si hay coágulos, presencia de arenillas: función genital del hombre.

Funcionamiento en la mujer.- Estado de la menstruación, periodicidad, cantidad, color, duración, presencia de coágulos, dolor, embarazos, abortos, flujos (sus características.- color, olor, abundancia, consistencia), menarca, menopausia.

Sistema Nervioso.- Se preguntará : insomnio (causa)- cambio de caracter, percepción de las sensaciones, estado de la sensibilidad (disentésias, parestesias, hormigueos, calambres, adormecimientos, etc.), cefaleas, vértigos, movilidad, memoria, esquizofrenia, etc.).

a.8) Exploración Física.

Comprende el peso, estatura, pulso, tensión arterial, temperatura, respiración, forma anatómica de la cabeza y cara, cuello, torax, abdomen, genitales externos, rectal o vaginal, extremidades superior o inferior, columna vertebral.

b) Evaluación radiográfica para localizar la posición, forma, tamaño y número de raíces.

Examen Radiográfico Dental.- Es un informe sobre una película fotográfica de densidades radiolúcidas (negro y radiopaco, blanca). El uso está destinado en ciertas condiciones, como las de dientes retenidos; supernumerarios y no erupcionados, fracturas, quistes y cuerpos extraños.

En los casos en que es necesario operar, es imperativo se determine la causa exacta y la localización del diente, como ayuda para el operador, la localización por medio de radiografías dentales debe ser interpretada por comparación de vistas, tomadas de distintos ángulos de proyección, más un conocimiento anatómico de la región radiografiada.

Tipos de exámenes radiográficos.- Estos son usados en-

la localización de los síntomas y son los siguientes: periapical, oclusal (topográfica) sección transversal, maxilar -- lateral y posteroanterior.

Los métodos de localización son los siguientes: desplazamientos del objeto, la técnica del procedimiento consiste en exponer y revelar dos o más radiografías periapicales de la misma zona, moviendo el tubo en dirección horizontal, el diente no erupcionado se mueve hacia mesial o distal en relación con los otros dientes o puntos de contacto.

La regla que gobierna el método de desplazamiento son los siguientes: si el diente no erupcionado se mueve en la misma dirección en que el tubo será desplazado, dicho diente o cuerpo está localizado en el lado lingual; si el diente se mueve en dirección opuesta a la cual el tubo se desplaza, está por vestibular.

Método oclusal.- Las vistas topográficas oclusales -- se indican para observar una zona quística o un diente retenido que no ha sido orientado completamente en una película periapical.

La porción vertical del hueso frontal es la obstrucción más grande que se encuentra en las radiografías oclusales (corte transversal), de la porción anterior del maxilar superior, van del paralelo al eje largo de los anteriores.

Método Extrabucal.- Las radiografías extrabucales se utilizan para suplementar los exámenes periapicales y oclusales; para localizaciones o aspectos que no se pueden obtener intrabucalmente. Este tipo de radiografías son a menudo necesarias para completar el estudio y la información de un diagnóstico, en caso de dientes retenidos.

c) Estudios de Laboratorio.

Por lo general quien ha tenido inconvenientes hemorrágicos en intervenciones anteriores nos pondrá sobre aviso;

pero si así no fuere, al efectuar la historia clínica podemos averiguar los antecedentes sobre el particular y en caso de -- existencia de anteriores sucesos se profundizará el examen en la medida conveniente. La extracción dentaria es la causa -- más común de hemorragias en pacientes predispuestos, debiendo examinarse con este motivo los otros posibles antecedentes --- hemorragicos gingivitis, epistaxis, hematuria, hemoptisis, excesiva salida de sangre ante traumatismos aún leves, fácil producción de hematomas, equimosis o petequias.

En caso de haber existido hemorragias se valorará su intensidad, momento de producción y terapéutica empleada para cohibirla.

Dos son las indicaciones preoperatorias más importantes por no decir las únicas que señalamos en nuestra práctica: el examen de orina y el tiempo de coagulacion y sangría; esta -- última investigación, sola, hoy no tiene valor clínico.

d) Saneamiento Básico.

Estado de la cavidad bucal.- Para realizar una opera--- ción en la cavidad bucal, se exige que ésta se encuentre en -- condiciones óptimas de limpieza, ya que no de esterilización.- El tártaro salival, las raíces y los dientes cariados serán -- extraídos u obturados, se exceptúa de esta medida desde luego, cuando la extracción de dichas raíces o dientes constituye el objeto principal dela operación.

Las afecciones existentes en las partes blandas de la - cavidad bucal contraíndican una operación, siempre que ésta -- no sea de gran urgencia. Nos referimos a las gingivitis y a - los estomatitis (en especial los ulceromembranosos), terreno- extraordinariamente malo para cualquier operación y que necesitan un tratamiento previo.

En cuanto a las lesiones tuberculosas y sifilíticas -- (chancro, placas mucosas), contraíndican toda operación en la - cavidad bucal por el peligro que significa toda operación en - la cavidad bucal por el peligro que significan infecciones so-

bre tales lesiones y el contagio que representa para el operador.

Aún en estado normal la boca, antes de una operación en ella, debe ser cuidadosamente lavada con una solución de agua oxigenada (en atomizador), o soluciones jabonosas que se preparan diluyendo jabón líquido y agua oxigenada, en un volumen diez veces mayor de agua.

Especial dedicación hay que prestarle a los espacios interdentarios, las lenguetas gingivales y los capuchones --- de los terceros molares.

Estas regiones serán lavadas con una solución de agua oxigenada o un antiséptico cualquiera y pintadas con tintura de merthiolate antes de la operación.

Estas medidas antisépticas preoperatorias, colocarán la cavidad bucal en una condición óptima, para realizar en ella una intervención y disminuir en un alto porcentaje los riesgos y las complicaciones postoperatorias.

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS SUPERIOR E INFERIOR.

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES:

El superior es susceptible de una clasificación con fines quirúrgicos. Las variaciones en la posición del molar son menores en el maxilar superior que en el inferior. La retención del molar puede ser intraósea o submucosa, en éste último término puede estar total o parcialmente retenido.

Posiciones del tercer molar retenido.- Las distintas posiciones que el tercer molar puede tener en el maxilar superior, son las siguientes:

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

b) Posición Mesio-angular.- El eje del molar retenido está de vecino con la apófisis pterigoides, esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior retenido, pueden impedir su normal erupción; son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o de la corona del segundo molar superior.

c) Posición Disto-angular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturrante puede ponerse en contacto con la apófisis pterigoidea.

d) Posición Horizontal.- El molar está dirigido hacia el carrillo con el cual la cara triturrante puede ponerse en contacto dando los accidentes mencionados. La cara triturrante del molar suele dirigirse también hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal, forma rara, paralelo a la arcada dentaria, con su cara oclusal hacia mesial o distal, el molar puede erupcionar en la bóveda.

e) Posición Paranormal.- El molar retenido puede ocupar diversas posiciones que no se cuadran en la clasificación dada.

CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

En cada una de las posiciones que mencionaremos el molar retenido puede aparecer sin desviación o presentar distintos tipos de desviaciones dentro de su arcada dentaria, en -- sentido lingual, (hacia adentro o hacia el lado lingual), en -- sentido bucal (hacia afuera o hacia el lado bucal), o combi-- nar ambas. Todas estas variedades deberán considerarse al -- clasificar el tercer molar.

A) Posición vertical.- En ella el eje mayor del tercero es mayor del segundo molar.

B) Posición Mesio-angular.- El eje mayor del tercero -- forma con el eje mayor del segundo un ángulo agudo abierto -- hacia abajo.

C) Posición Horizontal.- El eje mayor del tercero es -- perpendicular al eje mayor del segundo.

D) Posición Disto-angular.- La corona del tercer mo-- lar apunta en grado variable hacia la rama ascendente y el -- eje mayor forma, con el eje mayor del segundo un ángulo agudo abierto hacia arriba y hacia atrás.

E) Posición Linguo-angular.- La corona del tercer mo-- lar se dirige hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla --- externa.

F) Posición Buco-angular.- La corona del tercer molar se di-- rige a la tabla externa y sus raíces hacia la interna lingual.

G) Posición Invertida.- (Paranormal) La corona del ter-- cer molar se dirige por regla general hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia el cóndilo.

POSICION VERTICAL SIN DESVIACION.

Cara Mesial Accesible.- Se denomina así al tercer mo-- lar alineado detrás del segundo sin desviaciones en sentido -- bucal o lingual y con su cara mesial libre de hueso. El hueso

distal en estas retenciones puede terminar a nivel del cuello del tercero, cubrir su cara distal o continuarse con el hueso-oclusal.

Cara Mesial Inaccesible.- De iguales características -- anatómicas que las del anterior, la diferencia reside en que la cara mesial está cubierta por hueso, (y lo puede estar también las otras caras del molar haciendo que este se encuentre en retención ósea, total o parcial). La inaccesibilidad del molar explica que no haya triángulo o espacio interdentario.

POSICION VERTICAL CON DESVIACION BUCAL.

Cara Mesial Accesible.- El tercer molar está dirigido - hacia afuera (lado bucal del maxilar), el hueso - - - - -

mesial se detiene a nivel del cuello del tercero y deja libre o accesible su cara mesial, aunque no lo haga su extremo superior ni el hueso distal, ni el oclusal, ni el lingual, que --- pueden cubrir parte de las caras homónimas del molar. Por lo demás éste puede ser parcial o totalmente cubierto por mucosa; en el primer caso solo sus cúspides mesiales se hallan al descubierto.

Cara Mesial Inaccesible.- La diferencia con el caso -- anterior, estriba en que la cara mesial del retenido está cubierta por hueso mesial (no existe espacio interdentario) y -- como los huesos vecinos cubren a su vez en grado diverso las otras caras, el molar puede presentarse en retención intraósea parcial o total.

POSICION VERTICAL CON DESVIACION LINGUAL.

Cara Mesial Accesible.- El molar se presenta dirigido - hacia adentro, siendo su cara oclusal francamente lingual. El hueso mesial deja al descubierto la cara mesial, sin embargo - el molar puede estar cubierto en sus caras oclusal, distal, --- lingual y bucal en cantidades variables de hueso.

Cara Mesial Inaccesible.- La diferencia reside en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial (falta espacio-- interdentario) y los huesos vecinos (bucal, lingual, distal y oclusal) pueden cubrir las caras homónimas a tal punto que por regla general son totalmente intraóseos.

POSICION VERTICAL CON DESVIACION BUCOLINGUAL.

Cara Mesial Accesible.- La angulación del tercer molar es la ya estudiada, pero su masa está dirigida hacia el lado - bucal. El hueso mesial deja libre la cara respectiva. En este tipo de retención el hueso mesial se comporta de distinta manera con respecto a la cara distal del molar retenido, ya -- que llega insensiblemente hasta su cuello o cubre la cara distal y se continúa en grado variable con el hueso oclusal.

Clinicamente el molar se presenta por lo general con su cara oclusal, libre de mucosa o bien ésta su tercio distal.

Cara Mesial Inaccesible.- Este tipo, que es más frecuente que el anterior, presenta como detalle diferencial el hueso mesial cubriendo la cara homónima del molar, que por otra parte puede encontrarse en completa retención ósea y por lo tanto cubierta también por la mucosa.

POSICION MESIO-ANGULAR CON DESVIACION LINGUAL.

Cara Mesial Accesible.- Con la angulación ya estudiada, la cara oclusal está dirigida hacia el lado lingual, en estas condiciones la cúspide mesiobucal del tercero está colocada aproximadamente a nivel del centro de la cara distal del segundo molar; el plano lingual de los molares vecinos corta al tercero, a nivel de su tercio lingual. El hueso mesial deja libre la cara mesial; el hueso distal puede proteger la cara distal del molar. Clínicamente se presenta cubierto por mucosa, y es raro que alguna cúspide, la distobucal, o parte del ángulo disto oclusal puede emerger en la cavidad bucal.

Cara Mesial Inaccesible.- A diferencia del tipo anterior, la cara mesial está cubierta por el hueso homónimo, el hueso bucal puede llegar hasta el ángulo buco-oclusal o rebasarlo, para continuarse con el hueso oclusal, hueso que, por su parte, cubre parcial o totalmente la cara oclusal -- (retenciones intraóseas totales) el distal protege la totalidad de la cara distal del retenido, pudiendo continuarse o no con el hueso oclusal. Clínicamente estos molares están totalmente cubiertos por la mucosa.

POSICION MESIO-ANGULAR CON DESVIACION BUCOLINGUAL.

Cara Mesial Accesible.- Estos son raros en la práctica, dado que por la regla general los mesio-angulares y los horizontales en desviación buco-lingual, presentan cara mesial inaccesible, estos molares están dirigidos de atrás ha-

cia adelante, de abajo hacia arriba y de fuera adentro, por lo tanto su cara oclusal está desviada hacia el lado lingual, de tal forma que el punto medio del ángulo diedro mesio-oclusal de su corona está en contacto con el ángulo disto-bucal de la corona del segundo molar. Clínicamente se presentan -- totalmente cubiertos por la mucosa o alguna cúspide queda aldescubierto.

Cara Mesial Inaccesible.- Naturalmente la diferencia con el tipo anterior reside en la cara mesial está cubierta por hueso mesial.- Las angulaciones son semejantes, el punto medio del ángulo mesio-oclusal del tercero puede ponerse en fuerte contacto con distintas porciones del segundo molar, con el ángulo disto-bucal de la corona con el cuello, -- por debajo de la curvatura de la cara distal, o con el ángulo disto-bucal de la raíz distal, detalles que presenta un sólido anclaje al molar retenido.

El hueso mesial cubre la cara mesial y los demás huesos protegen total o parcialmente las caras respectivas. Estos molares pueden presentarse en total retención intraósea y clínicamente en su mayoría están cubiertos por mucosa. Del punto de vista quirúrgico crean generalmente serios problemas derivados en gran parte de la frecuencia con que el ángulo mesio-oclusal de la corona del tercero se sitúa por debajo -- del cuello del segundo.

POSICION HORIZONTAL SIN DESVIACION.

Cara Mesial Accesible.-Situado horizontalmente en el maxilar su eje mayor forma con el segundo un ángulo recto -- abierto hacia abajo y atrás. Como corresponde a un molar sin desviación, la cara bucal y la lingual no sobrepasan los planos homónimos de los molares vecinos; su cara mesial está libre de hueso mesial (es accesible), sin embargo estas retenciones horizontales, en cualquier tipo de retención con la cara mesial accesible son poco frecuentes, la gran mayoría tiene su cara mesial inaccesible.

Cara Mesial Inaccesible.- La diferencia con el tipo-

anterior reside en la altura en que se encuentra la cara mesial por debajo de la línea cervical del segundo molar y en presencia de hueso sobre esta cara, lo cual lo hace inaccesible. Los molares en estas condiciones presentan las caras resultantes cubiertas parcial o total o bien dejan sus cúspides distales al descubierto.

POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION BUCAL.

Cara Mesial Accesible.- El tercer molar se presenta con la angulación similar a la del tipo anterior, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal. En estas condiciones un trozo de la corona del tercero se superpone a un segmento de la corona del segundo. Su cara mesial libre del homónimo, se ubica por lo general debajo del plano cervical de los molares vecinos. Las condiciones anatómicas de este tipo de retención hacen que las radiografías muestren una superposición de las imágenes coronarias con ausencia de la cara oclusal.

Cara Mesial Inaccesible.- La diferencia con el tipo anterior reside en que el molar más profundamente colocado, presenta su cara distal por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y su cara mesial cubierta por hueso homónimo próximo al nivel o por debajo de los ápices del segundo molar. El tercero puede presentarse parcial o totalmente cubierto por los huesos vecinos y por las partes blandas.

POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION LINGUAL.

Cara Mesial Accesible.- El tercer molar forma con el segundo el ángulo que le corresponde, pero el eje mayor de aquel se presenta dirigido hacia adelante y de afuera hacia adentro, detalle que permite su cara oclusal desviada hacia el lado lingual, no son extraños los procesos patológicos a nivel del espacio interdentario.

Cara Mesial Inaccesible.- Estos molares con su cara mesial cubierta por hueso homónimo, la mayor parte de las res-

tantes están cubiertas por hueso.

POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION BUCO-LINGUAL.

Cara Mesial Accesible.- Porción y desviación difíciles de ser interpretadas sin un juicioso estudio. El molar retenido, con su angulación propia en su posición, está dirigido -- hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia el lado lingual. Esta cara oclusal se pone en íntimo contacto con -- su angulación propia en su posición, está dirigido hacia el -- lado bucal y su cara oclusal desviada hacia el lado lingual. - Esta cara oclusal se pone en íntimo contacto con el ángulo -- buco-distal del segundo, en otras palabras, la cara oclusal -- aloja el ángulo señalado del segundo molar, lo que significa un sólido anclaje del molar retenido, sobre todo cuando el --- centro o parte del ángulo mesio-oclusal se relaciona con el - ángulo disto-bucal de la corona o raíz del segundo molar. La - presentación de éstos molares es difícil ser interpretados des de el punto de vista radiográficos.

Cara Mesial Inaccesible.- Naturalmente la cara mesial -- está cubierta por huesos mesial, por regla general la reten --- ción intraósea es total y hay también, por lo tanto, una cu --- bierta mucosa. Su cara oclusal está en íntimo contacto con el ángulo disto-bucal del segundo, su cara distal se presenta --- por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y su cara mesial puede estar a la altura o por debajo de los ápices del segundo molar.

POSICION DISTO-ANGULAR SIN DESVIACION.

Cara Mesial Accesible.- El eje mayor del tercero forma con el segundo un ángulo abierto hacia atrás y hacia arriba, -- en tanto la corona del retenido está dirigida hacia la rama -- ascendente, el ángulo disto-oclusal de ésta corona se situa en plena rama ascendente, y la rama mesial está libre de hueso --

homónimo, el hueso distal cubre la cara distal - - - - -
 pero con interposición del saco pericoronario (normal o -
 patológico). En virtud de la falta de desviación, las caras-
 dentarias bucal y lingual no sobrepasan los planos respecti-
 vos de los molares vecinos.

Cara Mesial Inaccesible.- Presentación frecuente y ---
 serio problema quirúrgico, la diferencia con el tipo anterior
 radica en la cubierta ósea de toda la cara mesial, son además
 en su mayoría molares en retención intra ósea total. El es-
 pacio interdentario existe en este caso (de molar con cara me
sial inaccesible) en relación de la angulación dada por la -
 posición disto-angular que tiene la forma de una U o V, variable
 según el grado de desviación distal.

POSICION DISTO-ANGULAR CON DESVIACION BUCAL.

Cara Mesial Accesible.- En estos molares presentan una
 doble inclinación en su eje mayor, en efecto, éste último --
 forma con el eje mayor del segundo, un ángulo abierto hacia -
 arriba y atrás pero al mismo tiempo se desvía hacia afuera -
 (hacia bucal), porque el tercer molar no se desplaza en blo--
 que hacia el vestíbulo, sino que sus ápices están aproximada-
 mente en la línea curva que une los ápices del primero y el -
 segundo molar.

Cara Mesial Inaccesible.- La diferencia con el tipo -
 anterior reside en que estos molares retenidos presentan una-
 cubierta de hueso (retención intraósea total), y lo están también
 por la mucosa.

POSICION LINGUO-ANGULAR.

Cara Mesial Accesible.- Esta también puede ser inacce-
 sible, bastante frecuente es en la práctica dentaria encon---
 trar este tipo de molares presentan en su eje mayor horizon--
 tal dirigido de afuera hacia adentro, de modo que la cara ---
 oclusal que es vertical está dirigida hacia el lado lingual.-

Son más frecuentes los terceros molares que presentan su cara mesial inaccesible; por regla general estos molares tienen -- sus raíces incompletamente formadas.

POSICION BUCO-ANGULAR.

Cara Mesial Accesible.- También es inaccesible, el -- tercer molar retenido en posición buco-angular es una forma -- excepcional, su eje mayor horizontal como en el caso anterior pero dirigido hacia adentro hacia afuera, permite que la cara oclusal esté dirigida a la cara externa o vestibular del maxilar. En general tales molares están en retención intraósea -- total, con la cara mesial inaccesible.

POSICION PARANORMAL (INVERTIDA, ECTOPICA, HETEROTOPICA).

El tercer molar inferior puede presentarse en condiciones que no encuadran en la clasificación que antecede, se consideran fuera o apartados de los tipos normales de retención -- y por esto se le denomina paranormales (y también con sus -- sinónimos).

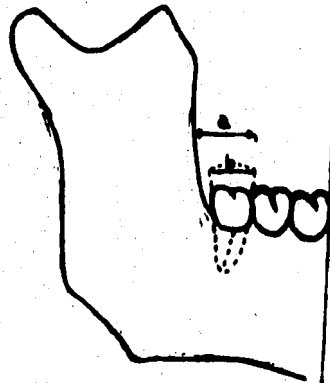
La cara oclusal está dirigida hacia la zona basal del maxilar y sus raíces hacia la apófisis coronoides o hacia -- el cóndilo. Otros molares pueden hallarse en cualquier sitio del maxilar, cerca del cóndilo, de la apófisis coronoides o -- en las vecindades del ángulo. Se encuentran por lo general -- acompañadas de procesos patológicos (quistes dentigeros). -- Todos tienen su cara mesial inaccesible.

AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

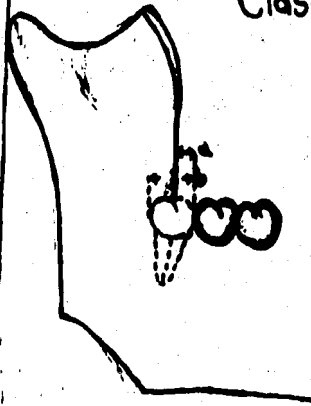
Todas las posiciones pueden presentarse estando presente o ausente el segundo molar o todos los dientes de la arcada. La cara mesial del retenido puede ser accesible o no, es natural que faltando el diente anterior y por lo tanto establecer algún tipo de desviación. Las ausencias dentarias --

obligan, pues a encuadrar a los terceros molares en una clasificación particular. Por su parte serán accesibles o -- inaccesibles según su cara mesial, esté cubierta por hueso - mesial o no.

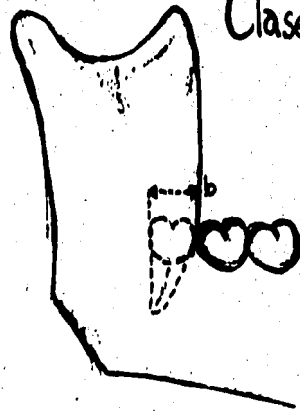
Clase 1^a



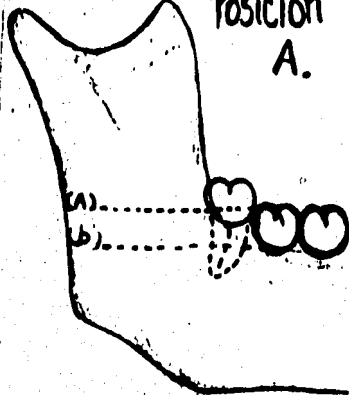
Clase 2^a



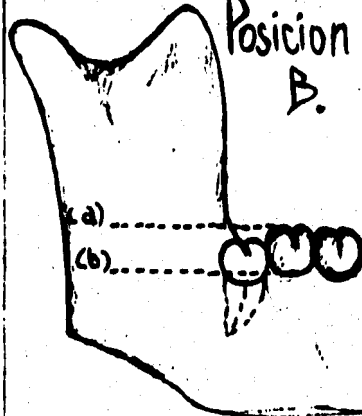
Clase 3



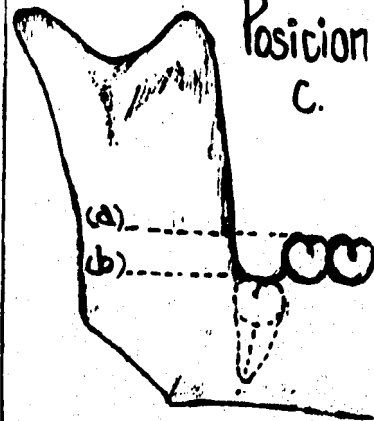
Posicion A.

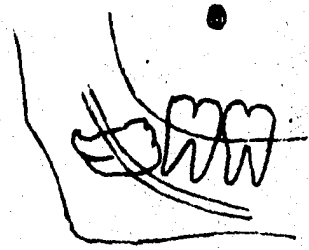
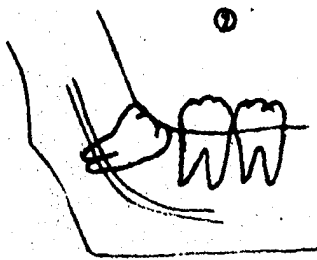
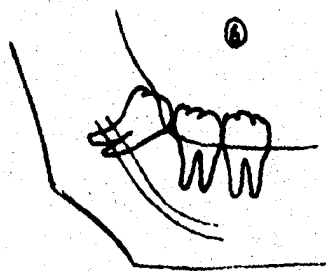
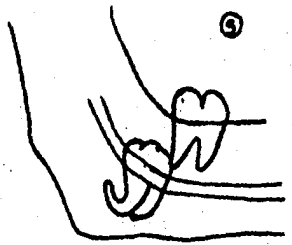
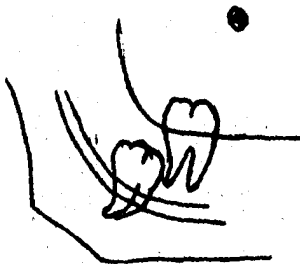
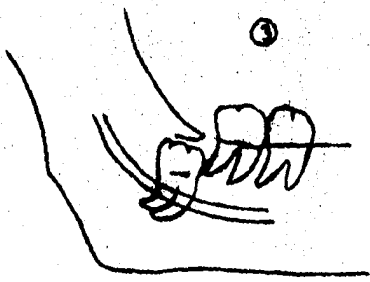
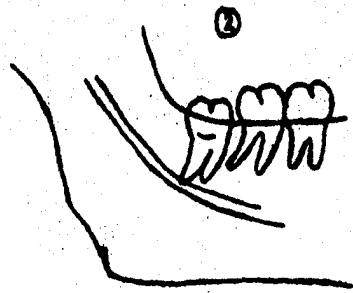
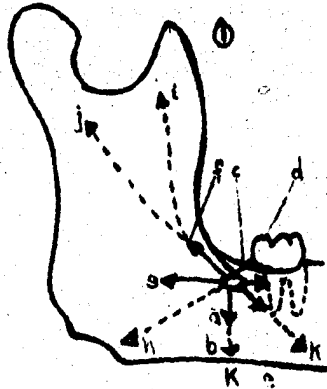


Posicion B.



Posicion C.





ACCIDENTES Y COMPLICACIONES MEDIATAS E INMEDIATAS EN LA EX--- TRACCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

a) Fractura o luxación del segundo molar por efectuar-
la presión sobre este diente.

La presión ejercida sobre la pinza de extracciones --
o sobre los elevadores puede ser transmitida a los dientes --
vecinos provocando la fractura de su corona. (debilitado por
obturaciones o caries) o luxando el diente cuando disposicio-
nes radiculares (raíces fusionadas) lo faciliten el diente ---
luxado puede ser reimplantado en su alveolo; fijandolo por --
los procedimientos usuales.

b) Fractura del instrumental o restos de amalgamas que
deberán ser retiradas en ese momento.

No es excepcional que las pinzas o los elevadores se -
fracturen cuando excesiva fuerza se aplica sobre ellos, pue-
den herirse así las partes blandas ú óseas vecinas.

Se conocen casos en que trozos de tamaño variable, de
pinzas elevadores cucharillas de black o fresas fueron frac-
turadas en el acto operatorio, algunas quedarán como cuerpos-
extraños en el interior del hueso; originado todo la gama de
trastornos para extraerlos se impone una nueva intervención,
si no es realizado en el acto de la exodoncia, también pue-
den quedar. En el alveolo restos de amalgamas, provenientes
de dientes vecinos.

c) Fractura de la tuberosidad en el caso de los supe-
riores. En la extracción del tercer molar superior sobre --
todo en los retenidos u por el uso de los elevadores aplica-
dos con fuerza excesiva, la tuberosidad delmaxilar superior -
o también parte de ella puede desprenderse acompañando al mo-
lar, en tales circunstancias puede abrirse el seno maxilar, -
dejando una comunicación bucosinusal, cuya obturación requiere
un tratamiento apropiado.

d) Fractura total de la mandíbula por aplicar fuerza --

excesiva lo cual nunca debe hacerse y se evita realizando --- osteotomía y odontosección correctas.- La fractura total es - un accidente posible aunque no frecuente; en general es a nivel del tercer molar donde la fractura se produce y se debe - a la aplicación incorrecta y fuerza exagerada en el intento - de extraer un tercer molar retenido u otro diente retenido, - con raíces con cementosis y dilaceradas.

La disminución de la resistencia ósea; debida al gran alveolo del molar, actúa como una causa predisponente para la fractura del maxilar del mismo modo como interviene debilitando el hueso una osteometitis o un tumor quístico (quiste dentífero, paradentario, adamantinoma).

Las afecciones generales y los estados fisiológicos -- ligados al metabolismo del calcio, la diabetes, las enfermedades parasifilíticas (tabes dorsal, parálisis general y ataxia locomotriz) predisponen a los maxilares, como a otros huesos para la fractura; es suficiente un esfuerzo a veces mínimo, o el esfuerzo del acto operatorio para producir la fractura del hueso.

e) Penetración de un diente en regiones vecinas.- En el intento de extracción de un diente de la arcada, con más frecuencia un tercer molar superior o inferior retenido. Un accidente que como consecuencia de la extracción del tercer molar inferior consiste en la introducción violenta y traumática del molar en el piso de la boca ubicándose indistintamente por arriba o por debajo del milohioideo. La causa de este accidente se debe a la delgadez, a veces papiracea de la tabla interna del maxilar inferior a nivel del alveolo del tercer molar. El esfuerzo realizado por el elevador proyecta -- el molar através de esta tabla y lo ubica en diferentes sitios.

f) Desgarros de la mucosa gingival, lengua carrillos, labios, etc. Accidente posible pero no frecuente; se produce al actuar con brusquedad sin medida y sin criterio quirúrgico.

Con todo algunas veces pueden deslizarse los instrumentos -- de la mano del operador, después de extracciones laboriosas --

y fatigantes y herir la encía o las partes blandas vecinas.

Luego de terminar la extracción, las partes desgarradas serán cuidadosamente unidas por medio de puntos de sutura.

Heridas de los labios, por pellizcamientos con las --- pinzas, lesiones traumáticas de la comisura que se continúan con herpes ubicados en esa región, osn bastante frecuentes en el curso de extracciones laboriosas del tercer molar inferior (lesiones de los instrumentos).

g) Lesión de los troncos nerviosos.- Los accidentes - más importantes son los que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior dentario inferior o mentoniano.

El traumatismo sobre el tronco nervioso puede consistir en sección, aplastamiento o desgarro del nervio, lesiones éstas que se traducen por neuritis, neuralgias o anestias - en zonas diversas, frecuentemente ocurre en las extracciones del maxilar inferior, por intervenciones sobre el tercer molar.

En las extracciones del tercer molar, y especialmente en la del tercer molar retenido, la lesión sobre el nervio dentario tiene lugar por aplastamiento del conducto que se -- realiza al girar al tercer molar retenido. El ápice, trazando un arco se pone en contacto con el conducto y aplasta a -- este y sus elementos, ocasionando anestias definitivas prolongadas o pasajera-, según la lesión.

h) Hemorragia inmediatas o mediatas.- Si es transoperatoria se debe suspender momentáneamente la extracción hasta - que éste controlada; esto lo vamos a tratar taponando con -- gasa durante unos minutos.

Si la hemorragia se presentara varias horas después de la --- extracción se debe hacer un aseo de la zona eliminando los -- coágulos "falsos" que se encuentran fuera del alveolo y tapo-

nar con gasa humedecida ligeramente con epinefrina, pudiendo usarse anestésico que lo contenga; algunas veces esto es -- suficiente dejando la gasa durante 30 minutos si se ha con-- trolado para lo cual vamos a estar observando dicha gasa sin que el paciente abra la boca, también podemos introducir en el alveolo gel-foam.

En caso de persistencia de la hemorragia, a pesar de los tratamientos locales instituidos, habrá que recurrir a - medicaciones generales, tales como la transfusión sanguínea - las inyecciones de sustancias que aceleren la coagulación -- devolviendo al tejido algunos de los elementos que le fal--- tan.

i) Alveolitis.- Es la más frecuente de las complica-- ciones, entre las causas que la predisponen está el sangra-- do insuficiente en el alveolo, más común en los dientes supe-- riores que evita la protección del alveolo con el coágulo, - otra causa puede ser también la sutura inadecuada o al mal-- aseó.

Entre los factores traumáticos hay que mencionar la - excesiva presión sobre los trabéculos óseos realizada por - los elevadores las violencias ejercidas sobre las tablas --- alveolares, la elevación de la temperatura del hueso debida - al uso sin medida y sin control de las fresas, los factores - bacterianos tienen importancia en alveolitis, los principa-- les, los principales invasores son los del tipo anaerobio -- especialmente bacilos fusiformes y espiroquetas; esta bacte-- ria por efecto de sus toxinas y por una acción sobre las --- terminaciones nerviosas del hueso alveolar, sería la produc-- tora del dolor al molar.

El alveolo donde se localiza la afección, se presenta con sus bordes tumefactos; las paredes bucal y lingual, li-- geramente rojizas y edematizadas. Todo el alveolo recubier-- to de una magma gris-verdoso, mal oliente.

En ocasiones, y es ésta característica la que le ha - dado el nombre de alveolo seco, son las paredes alveolares - sin coágulo, las que se encuentran cubiertas por una capa --

verdosa, o están desnudas; el hueso alveolar en contacto con el medio bucal; el alveolo lleno de detritus, restos alimenticios y pus.

Los ganglios tributarios al alveolo enfermo se hallan infartados.

Tratamiento.- Cuando se presenta se debe de hacer un lavado a presión con suero para eliminar el tejido necrótico y restos de alimentos y colocar un apósito de cemento quirúrgico con algodón estéril de modo que cubra el alveolo evitando introducirlo, porque al endurecer se forma un tapón que solo puede ser retirado infiltrando anestésico y además retrasa la cicatrización.

El apósito se cambiará cada 2 o 3 días hasta la completa cicatrización.

QUIRÓFANO

En el quirófono no debe haber exceso de muebles y sobre todo debe estar limpio y arreglado de manera que se pueda mantener limpio con facilidad. En un quirófono moderno no -- debe haber cuadros colgados en la pared, ni tampoco cortinas -- ni tapetes, pues acumulan gran cantidad de polvo. La limpie -- za se facilita en un cuarto con piso y paredes de mosaicos, -- es esencial para los procedimientos quirúrgicos una buena luz artificial. El gabinete para guardar los instrumentos no de -- be estar en un quirófono, pues todos los que van a emplearse -- se colocan en una mesa cubierta con una toalla estéril o en -- un braquet de acero inoxidable esterilizada.

La escupidera no es necesaria, ya que se pueden em---- plear pequeños receptáculos manuales, tampoco se necesita la -- unidad dental, de este modo el sillón o la mesa operatoria -- quedan libres de equipos que obstaculicen la movilidad del -- cirujano y de sus ayudantes.

En el quirófono debe haber un aparato de respiración -- con aspiradores de Varios tamaños, es necesario el esfigmoma -- nómetro. En todo momento debe estar a mano un aparato por -- tátil de oxígeno aunque no se administre anestesia general, -- el oxígeno debe ser considerado tan necesario como el aparato de anestesia general.

A) Comportamiento del Personal Quirúrgico.

ORGANIZACIÓN, preparación y comportamiento del equipo.

Nos referimos al equipo quirúrgico como al conjunto -- de individuos trabajadores del área de salud que intervienen -- directamente en el trabajo del quirófono.

En términos generales consideremos que dicho equipo -- debe estar integrado por elementos no más de seis, a Saber; --

el anestesiólogo, cuya función es dar anestesia al paciente y mantener sus signos vitales en correcto estado, además de ser jefe del quirófano; el cirujano que será el encargado --- de dirigir, planear y ejecutar las técnicas quirúrgicas que el considere pertinente; el primer ayudante, que tiene como función asistir a las maniobras quirúrgicas al cirujano; el segundo ayudante que asiste al cirujano, y al primer ayudante (en cirugía bucal no siempre es necesario); el instrumentista, que bien puede ser un médico o una enfermera especializada, encargada de suministrar el instrumental, material y el equipo que se requiera en cada operación además será el enlace entre cirujanos y circulantes y tendrá como función suministrar al instrumentista todo lo necesario no incluido en los paquetes originales. El circulante es la única persona que no usa ropa estéril, pero si es necesario que use gorra y cubreboca, así como botas quirúrgicas al igual que toda persona que entra al quirófano, ya sea un técnico en Rx, un hematólogo, etc.

Al cirujano, los ayudantes y el instrumentista, antes de ingresar al quirófano habrán de cumplir ciertas normas --- para poder estar presentes en el acto quirúrgico; para empezar, cambiarán su ropa de calle por el uniforme de cirujano (pijama, gorro, cubreboca, y sus botas), así pasarán a la zona de lavado, en donde realizarán el lavado de sus manos y antebrazos, hasta arriba 5 cms. del codo, éste lavado es muy importante y se inicia por los dedos hasta terminar en los codos, el lavado debe durar como mínimo de 8 a 10 minutos se emplean cepillos especiales y cepillos antisépticos, posteriormente hay que bañar en alcohol las mismas regiones ya lavadas, se pasan al quirófano, donde se vestirán con ropa estéril y por último se colocarán los guantes.

La exodoncia sistemática y sin complicaciones se puede llevar a cabo cubriendo al paciente con un babero grande de plástico, flojo en el cuello, en la cintura y cubierto a la vez por una toalla estéril.

La contaminación puede evitarse limpiando bien los la-

bios y la piel adyacente mediante una gasa con alcohol, la cabeza y el tórax del paciente deben cubrirse con una sábana estéril cuando en el consultorio se van a hacer procedimientos quirúrgicos más complicados.

B) Instrumental Quirúrgico.

BISTURI.

El bisturi consiste en un mango y una hoja. Las hojas vienen de acuerdo a su diseño y los números más cómodos y comunes son 15, 11 y 10 (usados en odontología). Las hojas se encuentran anguladas en sus proporciones no cortantes, de tal manera que encajan en el ángulo correspondiente sobre el mango, las hojas son desechables y deberán utilizarse solamente en un paciente, nunca deberán colocarse o retirarse de las hojas de bisturí con los dedos, debido a que son muy peligrosas, se utiliza por lo general un porta-agujas, ya queda un buen control sobre la colocación y remoción de la hoja.

ELEVADOR DE PERIOSTIO.

Unavez que se ha realizado la incisión se levanta el mucoperiostio con un elevador de periostio. Existen diferentes tipos y diseños de elevadores el No. 9 de Mounlt, el cual tiene un extremo ancho y uno más estrecho y el elevador de periostio de un solo extremo de Henahan, el cual es más ancho que el elevador de Mounlt.

ALVEOLOTOMOS.

Existen alveolótomos con diferentes diseños los cuales tienen como función primaria el corte o pellizcamiento. Los dos más comunes usados son los de punta roma (extremo redondeado) el cual corta solo por el extremo, y los de corte lateral que son los alveolótomos que cortan por un lado.

La función de un alveolótomo es:

- 1.- Recortar y alisar el alveolo.
- 2.- Efectuar aberturas en el lado del alveolo cuando se intenta exponer un ápice radicular.
- 3.- Agrandar una ventana ósea hacia un quiste o el seno maxilar.
- 4.- Ocasionalmente, retirar una porción de dientes de un alveolo cuando el diente o las raíces no se encuentran firmemente adheridas, esto provocará que la porción cortante del alveolótomo se doble y embote.
- 5.- Asir y sostener ciertos tejidos como son las membranas quísticas o el tejido fibroso que deben retirarse del hueso.

CINCEL Y MARTILLO.

Existen muchos diseños de cinceles, pero están divididos en los que tienen un solo bisel y los que tienen dos.

El cincel de bisel único es usado para retirar hueso, en tanto que el bicelado es utilizado para cortar dientes en secciones, las superficies cortantes de éstos siempre deberán mantenerse afiladas, los cinceles son golpeados por algunos de los diferentes tipos de martillos que existen.

FRESAS QUIRURGICAS.

La utilización de fresas quirúrgicas, ya sea con pieza de mano de velocidad convencional. Básicamente éstas fresas son largas de fisura estriadas y de bola, que sean grandes, si se desea que las fresas corten eficientemente, deberán mantenerse limpias de residuos durante los procedimientos quirúrgicos.

ELEVADORES.

Existen diferentes tipos de elevadores, los más comúnmente utilizados son:

mente utilizados son:

- 1.- Elevador recto.
- 2.- Elevador de barra T; de bandera (este-oeste).
- 3.- Juego de elevadores de ápices.
- 4.- Pico de cigüeña.
- 5.- Elevador No. 22 de Winter.

LIMA PARA HUESO.

Este instrumento es utilizado para atravesar al alveolo antes de dejar el sitio quirúrgico. Las elevaciones o puntos de trabajo de éste instrumento deben mantenerse afilados. Los surcos entre las partes funcionales de éstos dientes deberán mantenerse libres de desechos, el manejo de la lima se lleva a cabo en un solo sentido.

L E G R A S .

Existen muchos diseños de legras y éstas varían en tamaño angulación. Son utilizadas para retirar el tejido de granulación de los alveolos, enucleación de quistes y para extirpar astillas de hueso de la zona quirúrgica.

PINZAS PARA TEJIDO Y PARA CURACION.

El diseño global de éstas dos pinzas puede ser esencialmente el mismo, con la principal diferencia de que la pinza de tejido, tiene diferentes afilados para que el tejido pueda ser sostenido y aproximado al suturar.

PINZAS HEMOSTATICAS.

El propósito primario o principal de unas pinzas hemostáticas es el de utilizarlas para aprisionar los vasos sanguíneos sangrantes. Las tres más usuales son las pequeñas pinzas hemostáticas curvas, llamadas pinzas de mosquito; la -

providente, la cual tiene el mismo diseño, pero es un poco -- mayor; y una pinza hemostática aún más grande llamada pinza - Kelly.

PORTA AGUJAS.

Los porta-agujas vienen también en varias formas y --- tamaños a simple vista, parecen ser muy similares a las pinzas hemostáticas pero no lo son.

Cuando algún procedimiento quirúrgico requiera suturas se colocará la sutura en el porta-agujas sobre la bandeja. La aguja deberá estar en un ángulo recto con respecto a la punta de tal manera que esté lista para su uso inmediato por el -- dentista.

T I J E R A S .

Existen varios diseños de tijeras y se clasifican se-- gún su superficie cortante; en redondeadas (romas) o puntea-- gudas (agudas) ambas hojas pueden ser agudas o romas, o pue-- den ser una roma y una aguda. Si ambas son agudas pueden --- llamarse A&A, si ambas son romas pueden llamarse R&R; si son-- aguda-roma serán A&R.

CUATRO USOS PRIMARIOS DE LAS TIJERAS EN CIRUGIA DENTAL.

1.- Recorte de los márgenes en la herida, éstas tije-- ras poseén una de sus hojas ligeramente aceradas, con el obje-- to de impedir que el objeto se resbale mientras que es corta-- do, una de las tijeras más populares para estas funciones es-- la llamada de Dean.

2.- La disección roma o el acabado de tejido. El opera-- dor inserta las tijeras por debajo del tejido blando con am-- bas hojas de las tijeras cerradas, al abrirlas producen un -- efecto socavante, las tijeras Metzenbaum son las más utiliza-- das.

das.

3.- Corte de la sutura durante los procedimientos quirúrgicos, dependiendo de la técnica propia del operador.

4.- Remoción de las suturas.

JERINGAS .

Hay tres tipos de jeringas.

1.- La jeringa para la anestesia dental, la cual tiene una zona en la que se inserta el cartucho que contiene el -- agente anestésico local.

2.- Jeringa de vidrio.

3.- Jeringas desechables de plástico, para evacuación de líquidos de lesiones quísticas, abscesos, etc., y para lavado con líquido de la zona quirúrgica.

AGUJAS .

El diámetro de una aguja se expresa en calibres, mientras más grande es el calibre, más delgada será la aguja. En odontología el calibre varia de 23 a 30. La longitud de la -- aguja se mide en cm., siendo las longitudes más comunes de -- 2.5 a 4.6.

AGUJAS DE SUTURA.

Toda aguja para sutura tiene 3 dimensiones físicas, -- las cuales permiten que esta sea clasificada como sigue:

1.- La forma global de la aguja, es decir recta de media curva, 3/4 de curva, etc.

2.- Su forma en corte transversal, cónica o redonda --

(no cortante). Una aguja cortante triangular en la primera - tercera parte de su longitud, de tal manera que pueda pene--- trar a través del duro fondo mucoperióstico.

3.- Presencia o ausencia de ojo en la aguja.

Material de Sutura.

El cirujano bucal utiliza muchos materiales de sutura, el más usado para cerrar incisiones intrabucales es el hilo de seda negro, de tamaño del tres ceros al 4 ceros. El hilo de seda negro estéril llena todos los requisitos de la sutura -- intrabucal, no irrita la lengua y su color se distingue per-- fectamente para poder retirarlo fácilmente.

Para cerrar incisiones intrabucales son preferibles - los puntos separados a la sutura continua, pues los primarios pueden quitarse fácilmente sin perturbar toda la línea de su- tura.

De los materiales absorbibles, el catgut es el más --- usado, ya que este material se hace de la capa serosa del in- testino de borrego se fabrica simple y crómico en muy diver-- sos calibres.

De las suturas atraumáticas, absorbibles e inabsorvi-- bles, se venden en ampolletas cerradas que contienen un líqui-- do esterilizador.

Pinzas para la Extracción Dentaria.

Existen cientos de fórceps o pinzas para la extracción dentaria con diferentes diseños, pero sería poco práctico pa- ra un dentista poseer todas ellas, por lo tanto durante el -- entrenamiento que recibe el estudiante durante su residencia- de cirugía bucal, se le instruye para lograr el manejo y cono- cimiento de algunas de ellas.

TECNICA ANESTESICA Y TIPOS DE ANESTESICO QUE SE RECOMIENDAN - PARA EFECTUAR LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

Anestesia: Es la supresión de todo tipo de sensibilidad. Esto puede ser causado por distintos métodos, mecánicos, físicos, quirúrgicos, psicológicos o químicos. Cuando son el producto de la acción de medicamentos éstas son llamados anestésicos. La anestesia local consiste en la supresión no selectiva de todos los tipos de sensibilidad de un área, determinada del organismo. Esto se consigue impidiendo la conducción a nivel de los nervios periféricos sensitivos o de sus terminaciones o receptores correspondientes.

Llamamos anestésicos locales a los fármacos que ya sea inyectados localmente o aplicados tópicamente sobre los tegumentos son capaces de suprimir en forma reversible la conducción de los nervios sensitivos.

Muchas de las operaciones técnicas dentales que en la actualidad se llevan a cabo deben su existencia al estado de analgesia que permite el desarrollo de la anestesia local.

Un anestésico local puede ser definido como medicamento, el cual al ponerse en contacto con el tejido nervioso, -- torna a ese tejido incapaz de transmitir un impulso, esto es cierto para cualquier tejido nervioso ya sea el encéfalo, médula espinal y nervios motores o sensoriales. A pesar de que otros agentes químicos pueden lograr este resultado (alcohol) agua caliente, etc), ninguno es capaz de hacerlo sin la destrucción de los nervios mismos o del tejido que lo rodea, por esta razón los anestésicos locales se han hecho extremadamente importantes en el campo del paciente.

Anestésicos para la extracción de terceros molares retenidos.

Xilocaína (lidocaína), este es el anestésico local más frecuentemente usado en la odontología actual, difiere de la procaína en su estructura química y por lo tanto no tiene una sensibilizada o ha tenido reacciones alérgicas a procaína --- puede que no sea alérgica a la xilocaína, ya que la xilocaína

es del grupo amida con una duración intermedia de 1 a 2 horas y media y la procaína es del grupo ester y con una duración prolongada de más de 3 horas.

La xilocaína es utilizada para bloqueo infiltración y técnicas de anestesia tópica, su concentración habitual varia de 0.5 a 2% y puede ser utilizado con o sin vasoconstrictor.

La solución es altamente estable no irritante y puede ser sometida al autoclave, su uso en solución es al 2%, habitualmente con epinefrina en una concentración de 1,100.000, a pesar de que otras concentraciones de epinefrina pueden ser utilizadas.

Carbocaína.- (clorhidrato de mepivacaína). Este agente tiene un efecto rápido, es de mayor duración que la novocaína (procaína) y que la xilocaína, es utilizada en concentraciones de 1 a 2% tiene propiedades farmacológicas muy similares a la xilocaína y también puede ser utilizada con agentes vasoconstrictores, usualmente neo-cobabrin 1,20.000 puede ser también utilizado como una solución al 3% sin vasoconstrictor.

Este también es un miembro del grupo de las amidas, su tiempo de duración y de efecto es mayor en relación con la xilocaína, se utiliza en concentraciones de 1 a 14% y habitualmente se vende con epinefrina al 1,200.000, así como sin vasoconstrictor.

Técnicas de Inyección.- Para lograr una anestesia completa hay que depositar el anestésico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa que va a anesthesiarse.

Al inyectar en el pliegue bucal puede lograrse que la solución sea depositada correctamente en el ápice, si se procura que la posición de la agua tenga la misma dirección que el eje longitudinal del diente en el que se va intervenir.

En la anestesia por infiltración, el volumen limitado de la solución que se utiliza, tiene que difundirse desde el sitio de la inyección a través del periostico y del hueso compacto,

hasta llegar a las estructuras nerviosas que inervan la pulpa, el periodonto y al maxilar.

Tanto en la anestesia por infiltración como en la anestesia por bloqueo, la solución debe ser aplicada correctamente para obtener el efecto máximo.

Bloqueo de las ramas del nervio maxilar inferior.- Técnica.- Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua, es decir, el borde interno de la rama del maxilar inferior se hace la punción inmediatamente por dentro de ese punto a 1 cm. por encima del plano ocusal del tercer molar. La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula inferior y sobre todo paralela al cuerpo de la mandíbula inferior y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes de la mandíbula inferior, desde este punto, la punta de la aguja se introduce lentamente 2 cm., pegada a la cara interna a la rama del maxilar al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, manteniéndolo siempre en el mismo plano horizontal. La punta de la aguja se mantendrá durante toda la maniobra en contacto con la rama. Si es necesario bloquear también el nervio lingual, se inyecta una pequeña cantidad de solución anestésica cuando la aguja rebase la línea milohiodea. Una vez que se haya alcanzado el punto deseado con la punta de la aguja se inyecta 1.5 a 2 ml. de lidocaína o prilocaína con o sin vasoconstrictor.

Cuando se van a efectuar extracciones en la región molar es necesario completar la anestesia infiltrando el periestio y la mucosa del lado bucal inyectando en la mejilla 0.5 a 1 ml. de anestésico, inmediatamente por encima del pliegue mucoso correspondiente del tercer molar así se anestesia el nervio bucal.

Indicaciones.- Cuando se ha completado la anestesia con bloqueo del nervio bucal inclusive intervenciones en la encía correspondiente a los molares segundo y tercero y extracción de los mismos.

Bloqueo de las ramas del nervio maxilar superior.- Nervio infraorbitario.- Técnica.- se palpa con el dedo mediano -

la porción media del borde inferior de la órbita y luego se --
desciende cuidadosamente cerca de 1 cm. por debajo de este --
punto, donde por lo general se puede palpar el paquete vascu--
lonervioso que sale por el agujero infraorbitario manteniendo
el dedo medio en el mismo lugar, se levanta con el pulgar y --
el índice el labio superior y con la otra mano se introduce --
la aguja en el repliegue superior del vestíbulo oral dirigiend--
dolo hacia el punto en el cual se ha mantenido el dedo medio.

Aunque no se pueda palpar la punta de la aguja, es po--
sible sentir con la punta del dedo como la solución es inyec--
tada en los tejidos subyacentes, se inyectan de 2 a 3 ml. de -
anestésico.

Indicaciones.- Intervenciones quirúrgicas en el lugar -
de distribución del nervio infraorbitario, extracciones com---
plicadas con resección de colgajo sobre uno o varios incisivos
o caninos.

El Nervio Palatino Anterior.- Se bloquea inyectando ---
unos décimos de ml. de anestésico al 2% en o al lado del aguje
ro del conducto palatino posterior situado a la altura del se-
gundo molar 1 cm. por encima del reborde gingival.

El Nervio Nosopalatino.- Se bloquea inyectando unas ---
cuantas décimas de ml. de anestésico al 2% en o inmediatamente
al lado del conducto incisivo situado en la línea media por --
detrás de los incisivos.

Indicaciones.- Se trata de intervenciones quirúrgicas,-
es necesario completar con infiltración palatina para cada ---
diente en particular cuando se va a practicar la extracción de
todos los dientes de la mitad mandibular es necesario el blo--
queo tanto del nervio palatino anterior como del nasopalatino.

TECNICA DE EXTRACCION Y TIEMPOS QUIRURGICOS PARA EFECTUAR LA- EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES SUPERIOR E INFERIOR.

A) EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

Como en la extracción del tercer molar inferior y en la de todo diente retenido, para la extracción del tercer molar superior es menester practicar una incisión y realizar la osteotomía necesaria como para poder eliminar el molar retenido dentro del hueso que lo prisiona.

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

Osteotomía.- El hueso que cubre la cara triturante se elimina con escoplos rectos o con fresa, en ciertos casos el hueso a nivel de la cara triturante es tan frágil que puede ser eliminado con una cucharilla para hueso o con el mismo elevador. La osteotomía es una maniobra importante, es menester, en todos los tipos de terceros molares superiores, ver por lo menos, la cara bucal y mesial del retenido.

Vía de acceso a la cara mesial.- La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. La osteotomía a ese nivel se realiza con un escoplo recto o una fresa redonda.

Extracción propiamente dicha.- Empleo de elevadores, cualquiera de los elevadores rectos que ya hemos mencionado -

puede ser usados en la extracción del tercer molar retenido.

Usamos preferentemente los elevadores No. 1, 2 ó 14 -- (Rol) de Winter, elevadores rectos o de Clev-dent.

Posición Mesio-angular.- Algunas trabas pueden presentarse en esta extracción, la cantidad de hueso distal y el -- contacto con el segundo a nivel del maxilar superior, la -- elasticidad del hueso permite movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. Por lo tanto, el problema en este tipo de retención reside en la osteotomía distal y triturante y en la preparación de la vía de acceso para el elevador.

Surura de los colgajos.- El cierre con sutura es ideal aunque sus resultados no sean satisfactorios en todos los casos. Se realiza con una aguja curva e hilo de seda o nylon, -- según la técnica, que puede realizarse, un punto, dos o no -- cruzado. También es necesario afianzar el colgajo atravesado con la aguja a nivel de la lengüeta entre el primero y el segundo molar, se surca el espacio interdentario, se toma la -- porción lingual de la encía y después de un recorrido en sentido inverso se anuda el hilo sobre la cara bucal del maxi--- lar.

B) TECNICA QUIRURGICA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

La extracción del tercer molar inferior retenido debe realizarse por medio de instrumentos adecuados, fundados escencialmente en el principio mecánico de la palanca (los elevadores) y aplicados sobre un punto de apoyo (hueso) con un grado de fuerza destinado a vencer la resistencia (el hueso y el tercer molar). En este juego de elementos mecánicos, la resistencia está a su vez constituida por tres factores; el molar, la disposición de sus raíces y el hueso que lo cubre, protege y rodea.

La cirugía fisiológica indica que la aplicación de la palanca que se usará debe realizar su fin mecánico, en el caso del tercer molar inferior retenido. El problema quirúrgico no puede ser resuelto con la simple aplicación de las leyes mecánicas, pues su resultado sería perjudicial para la región objeto de la cirugía. Por lo tanto la resolución del problema quirúrgico del tercer molar exige; a) el empleo de una palanca definitiva o específica, b) considerar con suma dedicación el sitio útil de la aplicación de la fuerza y el lugar correcto donde indicar el punto de apoyo, c) como necesidad quirúrgica, disminuir por procedimientos adecuados los tres factores ya mencionados de la resistencia; el molar retenido la forma y disposición de sus raíces, la forma y extensión del hueso conteniente.

TIEMPOS OPERATORIOS.

La extracción del tercer molar inferior retenido exige abrir por medios quirúrgicos la encía que tapiza la región de este diente, preparar los colgajos resultantes de la primera maniobra, eliminar el hueso que protege al molar retenido, extraer el molar y terminar la operación procurando que sobrevenga la restitución ad integrum de los tejidos afectados por las maniobras quirúrgicas. Por lo tanto la operación consta de los siguientes tiempos: 1.- incisión, 2.- preparación de los colgajos, 3.- osteotomía, 4.- operación propiamente dicho (extracción del molar retenido), 5.- tratamiento de la cavidad ósea, 6.- sutura de los colgajos, 7.- tratamiento posoperatorio.

I N C I S I O N .

Para la extracción del tercer molar inferior se ha preconizado toda suerte de incisiones. Con bisturi de Parker, se inicia la incisión en la parte más alta de la cresta distal, por la cara distal del segundo molar, con trazo enérgico, que permite percibir debajo del instrumento la sensación de hueso o de la cara dentaria. La longitud de la incisión está dada por el tipo de retención del tercer molar, por lo tanto se funda en detalles que se obtengan del examen radiológico.

Al llegar a la cara distal del segundo molar contornea su cuello y continúa después "festoneando" la encía en su adaptación al cuello del segundo molar, el primero también lo abarca, en tanto que su profundidad llega también hasta el hueso secciona en su penetración los ligamentos correspondientes, ésta incisión se detiene en el espacio interdentario del primer molar y el segundo premolar. En el caso de ausencia del segundo molar, la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, se detiene en el centro de la cara distal del primer molar y prosigue hacia el cuello de este diente contorneándolo.

PREPARACION DE LOS COLGAJOS.

Después de realizada la incisión se insinúa el periostotomo en la brecha quirúrgica, progresando desde la cara distal hacia mesial. El periostotomo toca el hueso y apoyándose en él y ha merced de suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento se desprende el labio bucal de la incisión en toda la extensión que va del tercer molar al espacio situado entre el primer molar y aún el espacio interdentario subsiguiente, desprendiendo el colgajo se le mantiene con el mismo periostotomo o con el separador de Austin (o similares).

OSTECTOMIA.

El objeto de ella es rescatar la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia. Tiempo importante en la cirugía del tercer molar, la ostectomía, junto con la odontosección, simplifican extraordinariamente un problema que de otra forma sería altamente traumatizante.

OSTECTOMIA CON ESCLOPO.

Se emplean los esclopos indicados en técnica quirúrgica. El hueso pericoronario es sumamente sólido, sobre todos los huesos bucal y distal, por esa razón exige efectuar manobras precisas con instrumentos afilados.

OSTECTOMIA CON FRESA.

Es un instrumento muy útil para realizar la ostectomía su empleo es simple y su función puede ser realizada con éxito con solo evitar su calentamiento por el excesivo y prolongado fresado (ello se logra operando bajo un chorro de agua)- y procurando que no se emboten por partículas óseas que se depositan entre sus dientes. Son sumamente útiles las fresas de carburo de tungsteno, que resecan el hueso con precisión y rapidez.

El objeto de la osteotomía puede resumirse en dos --- enunciados, ostectomía de acceso se refiere a la remoción de hueso necesario para llegar instrumentalmente a la cara mesial inaccesible. La ostectomía para la extracción está regulada por la consistencia y cantidad de hueso pericoronario, la posición del molar, sus desviaciones, la forma de su corona u disposición de sus raíces.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA (EXTRACCION DEL MOLAR).

La extracción se realiza después de eliminados (o disminuídos) los factores de resistencia (por ostectomía). Se aplica sobre la cara mesial del tercer molar un elevador (No. 2 de Winter), que sigue los principios mecánicos de la palanca de primero y segundo género, con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesio-bucal, eleva el molar dirigiéndolo hacia el lado distal y hacia arriba.

Las modalidades anatómica y clínicas, imponen la necesidad -- de recurrir a nuevas maniobras que permitan disminuir aún más e inclusive anular los factores de la resistencia, obrar sobre el mismo cuerpo del molar dividirlo (odontosección), para que de la unidad estructural que es el molar retenido resulten varias porciones, las cuales se eliminarán por separado.

Odontosección. - La odontosección en molares retenidos simplifica y agiliza una operación que de otra manera sería traumática, lacerante e improductiva.

B.1) TECNICA QUIRURGICA CORRESPONDIENTE A LAS POSICIONES DEL- TERCER MOLAR RETENIDO INFERIOR.

POSICION VERTICAL SIN DESVIACION.

Cara Mesial Accesible.- Incisión.- Se inicia sobre el tejido gingival que cubre la cara mesial del molar retenido, -- algunos milímetros por detrás del ángulo disto-oclusal de su corona y se detiene a nivel de la lengüeta entre el segundo y primer molar, luego de "festonear" la mitad bucal de la cara-oclusal y bucal del tercero, distal y bucal del segundo. La incisión puede completarse con la sección a tijera recta y -- fina de las incisiones del saco de la mucosa, que permite descubrir la cara distal del molar y hueso distal, donde a veces será preciso realizar ostectomía.

Desprendimiento del colgajo.- Con el perióstotomo, se desprende el colgajo en toda su extensión, dejando correctamente libres correspondientes caras dentarias y las estructuras óseas, para poder aplicar los instrumentos indicados para la extracción dentaria.

Ostectomía.- Como siempre está regida por la cantidad de hueso que protege al molar retenido. Se indican, el escoplo recto o fresas redondas No. 8 de carburo. La ostectomía distal se ejecutará a la conformación y disposición de las raíces, para que la extracción siga las leyes de la extracción atraumática y pueda desplazar al molar en sentido distal por aplicación de una fuerza suficiente en su cara -- mesial que ha de vencer únicamente las resistencias propias.

Operación propiamente dicha.- Extracción del molar retenido por aplicación del principio de palanca, se coloca el elevador No. 2 Ról de Winter (o sus similares), en el espacio interdentario de modo tal que su cara plana se adapte a la cara mesial del retenido y se gira el mango del instrumento en el sentido de las agujas del reloj para el lado --- derecho, se desarrolla así la fuerza suficiente para desplazar el molar hacia arriba y hacia distal. Las distintas disposiciones, desviaciones y cementosis radicales exigirán introducir modificaciones en la técnica descrita y obligarán

a seccionar el molar y extraer sus elementos por separado.

Cara Mesial Inaccesible.- Incisión.- Desprendimiento - del colgajo y ostectomía. Generalmente se necesita un amplio colgajo que llegue hasta el primer molar, la ostectomía mesial permitirá aplicar el elevador, y las de las otras caras, efectuar las maniobras quirúrgicas subsiguientes. Se indica el escoplo recto o fresa redonda del No. 8 de carburo. Recuérdese que debe obtenerse un amplio acceso a la cara mesial para poder aplicar con comodidad y eficacia el elevador la cantidad de hueso y la disposición radicular serán factores a considerar.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA (EXTRACCION DEL MOLAR).

El elevador aplicado sobre la cara mesial, luxará el molar hacia el lado distal. La extracción se completa con el elevador de Winter de aplicación bucal.

POSICION VERTICAL CON DESVIACION BUCAL.

Cara Mesial Accesible.- Incisión y desprendimiento del colgajo. Si la mucosa cubre totalmente el molar, podrá emplearse la incisión y el desprendimiento del colgajo sigue las normas ya señaladas.

Ostectomía y Odontosección.- El grado de ostectomía está regido por el examen radiográfico y más exactamente por la inspección después de retirado el colgajo. Suele ser sólido de consistencia la encrucijada ósea formada por el hueso bucal y el distal, en proximidad con la línea oblicua externa, es preciso eliminar esta zona de protección de la cúspide bucodistal o del ángulo buco-distal de la corona y ello se consigue por la ostectomía buco-distal-oclusal o por la odontosección, esta última para separar por lo menos al trozo distal de la corona.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA (EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO).

El instrumento destinado a la extracción se aplica sobre la cara mesial, pero se crea un problema, por estar el mo

lar en proyección bucal, lo cual produce un grado de superposición de un segmento de la corona del tercero sobre el segundo, queda así un espacio interdentario de reducidas proporciones, que dificultan la penetración de la hoja del elevador -- aplicado sobre la cima del hueso bucal y en relación con la cara mesial del retenido.

Cara Mesial Accesible.- Incisión.- Puede trazarse procurando hacerla coincidir con el centro de la cara oclusal.

Desprendimiento del colgajo.- Debe dejar visibles las caras óseas para facilitar la ostectomía.

Ostectomía y Odontosección.- Por la posición del molar, parte o toda la cara oclusal y también mesial, pueden -- hallarse cubiertas por hueso. Se comienza la ostectomía por la cara mesial. Por su parte la ostectomía bucal elimina el hueso bucal necesario, dejando al descubierto el mayor diámetro del molar retenido y la ostectomía distal reseca la cantidad de hueso distal suficiente para permitir el desplazamiento hacia el lado distal del molar retenido de acuerdo -- con la disposición radicular.

Especial énfasis damos la ostectomía del ángulo disto-buco-oclusal, que cubre la cúspide buco-distal. Si la ostectomía fuera insuficiente es útil el empleo de la odontosección para eliminar por lo menos la cúspide buco-distal o el -- ángulo buco-distal.

Operación propiamente dicha.- Suprimidas las estructuras óseas que pudieran dificultar la operación se aplica el elevador No. 2 Ról de Winter (o una similar), para actuar en función de cuña y luego como palanca.

Retenciones profundas.- Exige una ostectomía cuidadosa e intensa con el fin de lograr el acceso al molar retenido, -- iguales consideraciones deben efectuarse respecto de las variables disposiciones radiculares.

POSICION VERTICAL CON DESVIACION LINGUAL.

Cara Mesial Accesible.- Incisión.- Presentándose el molar con sus caras libres de cubierta mucosa, la incisión -- se inicia en la cara distal del tercero.

Ostectomía.- Se inicia con escoplo recto o con fresa.

Operación propiamente dicha.- Libres sus caras de hueso (cara mesial es accesible), se aplica un elevador No. 2 -- Röl de Winter o sus similares, sobre la cara mesial del molar -- y se dirige hacia arriba, hacia adentro y hacia el lado distal.

Cara Mesial Inaccesible.- El procedimiento quirúrgico -- en este tipo de retención, varia solo en detalles respecto -- al anterior, referentes a la ostectomía mesial para hacer --- accesible la cara mesial y a la mayor cantidad de resección -- ósea bucal, distal y oclusal.

POSICION VERTICAL CON DESVIACION BUCO-LINGUAL.

Cara Mesial Accesible.- A pesar de que la cara mesial -- está al descubierto, las caras buco, distal y en especial el -- ángulo distobucal de las coronas y su cúspide está sólidamen -- te protegidos por hueso relación y dependencia con la línea -- oblicua externa.

Incisión.- El trazado debe coincidir en lo posible con -- el centro de la cara oclusal, será por lo tanto ligeramente -- oblicuo en sentido buco-lingual, acorde con la angulación que -- presenta el centro de la cara oclusal del retenido y se pro -- longará hasta el primer molar.

Desprendimiento del colgajo.- El colgajo que se obten -- drá debe ser cuidadosamente desprendido para que descubra to -- das las caras del retenido, sobre todo a nivel del ángulo --- buco-distal asiento y adherencias patológicas del colgajo con -- el saco pericoronario, el cual se deberá desprender por ras -- pado o disección.

Ostectomía.- La mesial, obviamente, no es necesaria ya

que es la cara accesible, en cambio deberá realizarse ostectomía bucal, distal, oclusal y lingual, con escoplo recto o --- fresa redonda No. 8, de acuerdo con las circunstancias y las características del hueso pericoronario.

Operación propiamente dicha.- Se aplica un elevador No. 2 Rol de Winter o un elevador de hoja angosta sobre la cara mesial accesible y se dirige el molar hacia arriba y hacia el lado distal. A veces es útil la eliminación del tercio distal. A veces es útil la eliminación del tercio distal de la corona o la desviación según el eje mayor o menor del molar.

La incisión en cambio es la misma, en tanto la ostectomía mesial provee suficiente espacio para la colocación de elevadores, la ostectomía disto-bucal facilita las maniobras de extracción. Para ésta operación hay dos posibilidades de realización, la primera consiste en dirigir el molar retenido con el elevador aplicado sobre la cara mesial y arriba y el lado distal, si esto no es posible por la dureza del diente debe recurrirse a la segunda, que es la odonto-sección, sobre la cara oclusal del retenido y la extracción del segmento -- por separado.

POSICION MESIO-ANGULAR SIN DESVIACION.

Cara Mesial Accesible.- La extracción del tercer molar retenido en posición mesio-angular en cualquiera de sus desviaciones debe ajustarse a una serie de requisitos impuestos por la posición, cantidad de hueso distal y disto-oclusal de su corona, con el cuello o raíz del segundo molar.

Incisión.- Se requiere una amplia preparación que permita un colgajo útil. Se inicia sobre la mucosa, a nivel -- de la cara distal del retenido y se continúa y termina como -- de costumbre.

Desprendimiento del colgajo.- Con periostótomo se prepara el colgajo, de modo que descubra la cara distal del molar y los huesos vecinos, se sostiene el colgajo con el mismo periostótomo o con un separador.

Ostectomía.- Se elimina el hueso distal con un escoplo recto o con una fresa redonda del No. 8, la cantidad necesaria y de acuerdo a los límites y extensiones del hueso, indicados por la radiografía.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA (EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO).

La extracción de este tipo de molares se realiza; a) - aplicando un elevador sobre su cara mesial (previa ostectomía) y dirigiéndolo hacia arriba y hacia distal, b) mediante la odontosección, reservada para molares con algunas de las anomalías radiculares.

Cara Mesial Inaccesible.- La extracción exige en esta posición de los distintos huesos que pueden cubrir el tercer molar.

Incisión y Desprendimiento del colgajo.- Esta sigue -- las normas ya expuestas anteriormente.

Ostectomía .- Se necesita una rigurosa ostectomía mesial, para permitir la aplicación del elevador (No. 2 Rõl de Winter). Por su parte la ostectomía distal es importante para lograr un desplazamiento del molar hacia el lado distal.

Operación propiamente dicha.- En la extracción del molar en bloque se aplica un elevador del No. 2 Rõl, sobre la cara mesial y se realizan los mismos movimientos indicados -- en el caso anterior.

POSICION MESIO-ANGULAR CON DESVIACION BUCAL.

Cara Mesial Accesible.- En este tipo de molares en --- desviación bucal el problema de la extracción puede estar dado por el hueso distal y el hueso bucal.

Incisión y desprendimiento del colgajo.- Sigue los pasos señalados anteriormente.

Ostectomía.- Por lo general solo es necesario efectuar la ostectomía distal y bucal.

Operación propiamente dicha.-Practicadas ya las resecciones, y no habiendo problemas radiculares particulares, se realiza la extracción con un elevador No.2 Ról al que aplicado sobre la cara mesial o mesiobucal se le imprimen los movimientos ya indicados en casos preliminares, si se presentan raíces con anomalías diversas, se puede recurrir a la odontosección y a la extracción por separado.

Cara Mesial inaccesible.- Los terceros molares de este tipo se presentan parcial o totalmente rodeados por hueso. La cirugía se adapta a estas condiciones.

Incisión y desprendimiento de colgajos.- Sigue las normas ya indicados.

Ostectomía.- Es importante lograr una cara mesial quirúrgicamente accesible.

Operación propiamente dicha.- Sigue las normas ya expuestas con anterioridad, para los tipos ya estudiados en la clasificación de las posiciones, con apoyo del instrumento -- sobre el hueso mesial más particularmente sobre el hueso bucal.

POSICION MESIO-ANGULAR CON DESVIACION LINGUAL.

Cara Mesial Accesible.- Incisión y desprendimiento del colgajo. El trazado de la incisión y el desprendimiento del colgajo son los habituales.

Ostectomía.- Por regla general ésta posición y la siguiente exige una vigorosa ostectomía distal, para permitirle al molar retenido ser desplazado hacia el lado distal y lingual.

Operación propiamente dicha.- El elevador será el de siempre-ubicado con su cara plana sobre mesial a favor de su accesibilidad extrae el molar tras efectuar éste recorrido en consonancia con su tipo de retención y con la disposición radicular, debiéndose imprimir al instrumento un ligero movimiento de giro y luego de elevación y dirección hacia el lado distal. Esta suma de acciones permite al molar desplazarse hacia el lado distal, hacia arriba y hacia el lado lingual.

Cara Mesial Inaccesible.- Profundamente situado el --

molar en el hueso mesial para dejar al descubierto el tipo de retención que existe, ya que por regla general hay abundante hueso distal, hueso oclusal y hueso lingual.

Incisión y desprendimiento del colgajo.- Sigue las normas señaladas para el tipo anterior.

Ostectomía.- Será menester eliminar suficiente hueso -- mesial para dejar al descubierto esta cara y permitir cómoda entrada al elevador. Después se continúa con la bucal, distal y eventualmente lingual, resección ósea que se ajustará al grado de profundidad de el molar en el hueso y la disposición radicular.

Operación propiamente dicha.- Puede realizarse con elevadores aplicados sobre la cara mesial accesible cuando el -- diente presenta poco hueso pericoronario y la disposición radicular (raíces fusionadas, rectas, ambas dirigidas hacia distal) permite que por aplicación de la fuerza de la cara mesial el molar sea dirigido hacia arriba, hacia lingual y hacia el lado distal, pero si el molar se encuentra situado profundamente, la extracción se hará por el método de la odontosección -- según su eje mayor, con las normas ya conocidas.

POSICION MESIO-ANGULAR CON DESVIACION BUCOLINGUAL.

Cara Mesial Inaccesible.- Teniendo su cara mesial cubierta por hueso y en la gran mayoría de los casos en retención intraósea total, presenta un problema quirúrgico de difícil solución, sobre todo por la profundidad en que se encuentra y porque el ángulo mesio-oclusal de su corona está ubicado por debajo de la línea cervical de los molares vecinos la -- cual presenta un sólido anclaje, por lo tanto será preciso -- efectuar en la mayor parte de los casos un exeresis ósea y la odontosección según su eje mayor.

Incisión y Desprendimiento del Colgajo.- Sigue las normas dadas para el tipo anterior.

Ostectomía.- Por lo general la cara mesial se encuentra profundamente colocada, deberá eliminarse pues bastante -- cantidad de hueso mesial estorbará para lograr un buen acceso.

Tampoco se escatinará la ostectomía bucal ya que permitirá el paso del mayor diámetro bucolingual del molar retenido. Los demás huesos pericoronarios deben researse en cantidad suficiente.

Operación propiamente dicha.- Cuando las condiciones lo indican según sea el caso, la mayor parte de estos molares requieren la odontosección según convenga.

POSICION HORIZONTAL SIN DESVIACION.

Cara Mesial Accesible.- Problemas quirúrgicos importantes presentan los terceros molares horizontales, sobretodo en las distintas desviaciones, mucho más cuando tienen su cara mesial inaccesible. Las técnicas de ostectomía y odontosección deben completarse para lograr el éxito. Los procesos subyacentes a la cara mesial son frecuentes.

Incisión y desprendimiento del colgajo.- La incisión es la clásica ya señalada, debe permitir obtener un amplio colgajo que descubra la cara distal del molar y el hueso distal.

Ostectomía.- Será menester la resección del hueso bucal que surge a la vista después de la separación del colgajo y la del hueso distal, ésta podrá realizarse con escoplo -- o fresa.

Operación propiamente dicha.- Los molares de este tipo si no tienen problemas en su posición radicular, pueden realizarse colocando un elevador por debajo de la cara mesial, apoyando sobre el hueso del mismo nombre y con la mecánica ya estudiada. En otras circunstancias de raíces divergentes o cementosis se deberá seccionar a nivel de su cuello y continuar la operación según la estudiada; si hay acceso fácil a la cara oclusal se podrá realizar la odontosección según el eje mayor del molar.

Cara Mesial Inaccesible.- En este tipo de retención -- se encuentra a nivel o por debajo del plano de los molares vecinos y en algunas oportunidades por debajo del plano cervical

y aún a la altura del ápice distal del segundo molar. Esta debe ser resuelta por la ostectomía y odontosección (según el eje mayor o menor, de acuerdo con el acceso a la cara oclusal y la disposición radicular).

Incisión y desprendimiento del colgajo.- Sigue las normas ya mencionadas es preciso lograr un amplio colgajo que descubra las regiones óseas por resecar.

Ostectomía.- Según se ha indicado en retención mesioangular.

Operación propiamente dicha.- Puede realizarse con elevadores la técnica de odontosección según el eje mayor puede efectuarse sobre la cara oclusal del retenido. Con las demás retenciones debe emplearse la división según el eje menor.

POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION BUCAL.

Cara Mesial Accesible.- Estos molares muestran condiciones favorables para la cirugía destinada a su extracción.

Incisión y colgajos.- Sigue las normas ya estudiadas.

Ostectomía.- Liberará con escoplo o fresa redonda la cantidad de hueso que el operador juzgue necesario, para aplicar las técnicas del elevador u odontosección. A pesar de tener la cara mesial accesible es menester en estos casos realizar una mayor brecha para la fácil colocación del elevador.

Operación.- Cuando el hueso pericoronario es escaso y la disposición radicular favorable, el empleo de palanca con un elevador No. 2 Ró1, solucionará el problema, se rotará el mango del instrumento o se le dirigirá hacia abajo y de esta manera apoyado el borde inferior la hoja sobre la cara mesial del retenido, este resultará desplazado hacia arriba y hacia distal, en cambio cuando se presenta gran cantidad de hueso distal consiste en molares con raíces divergentes o con cementosis y en casos de pronunciado contacto del ángulo mesio-oclusal del retenido con la cara distal y la línea cervical del segundo molar se optará por la odontosección.

Cara Mesial Inaccesible.- Estos molares se encuentran más profundamente situados que los del tipo anterior. Su cara mesial puede ubicarse a la altura o por debajo de la línea de los ápices del segundo molar. Es frecuente la retención intra ósea total.

Incisión y desprendimiento del colgajo.- Sigue las normas señaladas.

Ostectomía.- La casi totalidad de estos molares deben ser extraídos por ostectomía, con elevadores o por división -- molar, según su eje mayor o menor. La extracción con elevadores solo es existosa cuando se ha realizado suficiente eliminación ósea distal y las raíces presentan disposición favorable.

POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION LINGUAL.

Cara Mesial Accesible.- Los terceros molares poseen -- una abundante meseta de hueso bucal y hueso oclusal que cubre las cúspides mesiales.

Incisión.- El colgajo lingual debe ser desprendido en -- una mayor extensión que la que realiza en las otras formas de retenciones horizontales, con el objeto de permitir cómodas -- maniobras a nivel del hueso distal.

Operación propiamente dicha.- Estos molares pueden extraerse por medio de elevadores, los molares que se presenten con abundante hueso distal y disposición radicular no favorable para el empleo de la técnica con elevador.

Cara Mesial Inaccesible.- Estos molares presentan mayor profundidad en el hueso y el problema de la falta de acceso -- a la cara mesial.

Incisión y desprendimiento del colgajo.- Se asemejan a los tipos ya estudiados.

Ostectomía.- Deberá ser amplia y acorde con la falta de acceso mesial, la profundidad ya señalada y el anclaje de sus cúspides mesiales.

Operación propiamente dicha.- Los elevadores tienen es-

casas aplicaciones en este caso, solo una importante ostectomía podrá lograr a merced de la eliminación del hueso mesial y de los huesos de la cubierta, la útil aplicación de la fuerza de palanca. El éxito reside en la división del diente, según el eje mayor o menor, de acuerdo con las circunstancias.

POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION BUCO-LINGUAL.

Cara Mesial Accesible.- El factor resistencia se acredita por la posición del molar, la cantidad y la consistencia del hueso pericoronario de disposición radicular y el sólido anclaje en la cara oclusal del retenido y se forja por su contacto con la cara distal y más exactamente con el ángulo buco-distal del segundo molar contacto que se realiza por encima de la línea cervical (cara mesial accesible) o por debajo de ella (cara mesial inaccesible).

Ostectomía .- Sigue las normas ya expuestas.

Operación propiamente dicho.- La extracción puede realizarse por aplicación de elevadores o por odontosección.

Cara Mesial Inaccesible.- El problema quirúrgico supera al tipo anterior, ello se debe a que por la profundidad del molar retenido el factor resistencia es mayor, el anclaje de la cara oclusal del retenido en el ángulo buco-distal del segundo molar comunmente por debajo del plano cervical de este último, es un problema difícil de resolver.

POSICION DISTO-ANGULAR SIN DESVIACION.

Cara Mesial Accesible.- El hueso distal que es una sólida muralla que impide el desplazamiento hacia el lado distal del molar retenido cuando le es aplicada una fuerza sobre su cara mesial.- El escollo puede ser vencido o suprimido en cantidad suficiente al hueso distal o restando volumen la porción coronaria del molar retenido para que pueda realizar el movimiento eliminatorio.

Incisión y preparación de colgajos.- El trazado de la incisión sigue parecidos contornos a los indicados para la --

retención vertical debiéndose prolongar hasta el primer molar. Se indica un poco más distalmente. Como en las otras retenciones mencionadas, el colgajo tiene una fuerte adherencia -- con el saco pericoronario, a nivel de la cúspide buco-distal del retenido.

Ostectomía.- En estas retenciones el hueso oclusal cubre variables proporciones de la cara oclusal, el distal puede continuarse con el oclusal o detenerse a nivel del ángulo-disto-oclusal del tercero y el hueso bucal es por lo general sólido y de compacta consistencia, por su vecindad con la --- línea oblicua externa, todas estas regiones óseas deben ser cuidadosamente resecaas.

Cara Mesial Inaccesible.- La extracción de estos molares enfrenta como aspecto diferente la presencia de hueso mesial (y eventualmente la cubierta ósea como pericoronaria total), además una mayor profundidad en el maxilar. Los tiempos operatorios son iguales a los del tipo anterior, las mismas normas para la incisión y el desprendimiento del colgajo, igual ostectomía, aunque con mayor cantidad de hueso cubierto y una operación propiamente dicha que no puede intentarse con elevadores, sino con odontosección según el eje menor. La --- eliminación de los segmentos sigue el mismo plan anterior.

POSICION DISTO-ANGULAR CON DESVIACION BUCAL.

Cara Mesial Accesible.- Los molares de esta posición presentan condiciones desfavorables para la exodoncia, la --- fuerza ejercida sobre la cara mesial, desplaza al molar distal y le da un mayor anclaje.

Incisión y desprendimiento del colgajo.- Siguen las -- mismas normas señaladas.

Operación propiamente dicha.- Después de la ostectomía habrá que dividir al molar según su eje menor con una fresa redonda y extraer las partes según la técnica.

Cara Mesial Inaccesible.- Después de la ostectomía, --

podrá intentarse aplicar un elevador No. 14, entre la cara bucal del retenido y el hueso homónimo y con giros del mismo se desplazará el molar. Pero la técnica de la odontosección con una fresa resolverá el problema más fácilmente. Las porciones coronarias y radicular se extraerá por separado según técnicas ya estudiadas.

POSICION DISTO-ANGULAR CON DESVIACION LINGUAL.

Cara Mesial Accesible e Inaccesible.- Estas presentaciones se originan en situaciones como la anterior por lo tanto serán técnicas semejantes.

Como se ha dicho en el párrafo anterior su cara oclusal está dirigida hacia el lado lingual, sus raíces hacia bucal. - La imagen radiográfica muestra la forma discoidea o de moneda del molar, la gran mayoría no tiene aún sus raíces completamente formadas.

Incisión y desprendimiento del colgajo.- Para abordar este tipo de molar, su cara mesial accesible o inaccesible, -- debe trazarse una incisión de acuerdo con tales modalidades, -- por lo tanto, su trazo distal contacta con las proximidades -- del ángulo buco-oclusal de la corona del retenido y después -- sigue el contorno coronario de costumbre. El colgajo se des---prende de modo que deje libres los huesos a resecarse.

Ostectomía.- La extracción de estos molares retenidos -- requiere ostectomía y odontosección. Debe recordarse que la gran mayoría de ellos no su raíz completamente formada. La ostectomía se realiza con escoplo o fresa redonda, es necesario obtener el acceso a la cara mesial.

Operación propiamente dicha.- Los molares que tienen -- su cara mesial accesible pueden ser extraídos tras la ostectomía necesaria con un elevador No. 2 Ról., aplicado sobre su -- cara mesial. Los otros requieren además de una rigurosa ostectomía, la división del molar con una fresa a nivel del cuello-dentario, la corona se extrae con un elevador No. 14, aplicado en el surco de la odontosección, las raíces con un elevador -- Clev-dent.

POSICION BUCO-ANGULAR.

Cara Mesial Accesible o Inaccesible.- El problema quirúrgico deberá resolverse en forma parecida a la propuesta para el tipo anterior, ostectomía y odontosección. La incisión que sigue las normas habituales tiene un recorrido paralelo -- y coincide con la porción dentaria más accesible. El desprendimiento así mismo sigue, las normas generales, la ostectomía proveerá el acceso necesario a las caras dentarias para realizar sobre ellas las maniobras anteriores.

Estos molares deben ser divididos en tres segmentos, -- con fresa de fisura, una porción coronaria, por sección a nivel del cuello dentario, un segmento medio y un segmento radicular por la sección a nivel de la porción media de la raíz. - Ello permite en enuclear en primer término el segmento medio con un elevador de Clev-Dent. No. 14 R61, y en segundo lugar la porción dentaria, severamente retenida a nivel del hueso -- que la protege lo cual ésta se desplaza con un elevador aplica do contra la cara oclusal y el hueso oclusal hacia el espacio libre obtenido por la extracción del segmento medio. La porción radicular restante se extrae por los métodos ya descritos.

POSICION PARANORMAL (INVERTIDA, ECTOPICA, HETEROTOPICA).

Estas formas de retención se presentan en múltiples y variadas disposiciones que se apartan de los tipos considerados hasta aquí y son de difícil y aún imposible sistematización.

Incisión.- Trazada de acuerdo con la posición del molar persigue como en todos los casos, la obtención de un amplio colgajo que facilite las maniobras operatorias. Se inicia en las vecindades donde se ha ubicado radiográficamente el ápice dentario y se extiende hasta el espacio situado entre el primer molar y el segundo premolar.

Desprendimiento del colgajo.- Está en relación con el trazado en la incisión.

Ostectomía.- Debe atender en su extensión y alcance a -

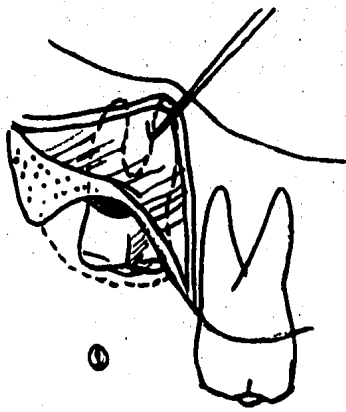
la posición del molar paranormal y procurará descubrir las --
caras dentarias útiles para realizar la odontosección y apli-
car los elevadores.

Operación (extracción).- Se cumple mediante la divi---
sión sistemá tica del molar, que obtendrá tantas partes se --
precisen para facilitar la extracción.

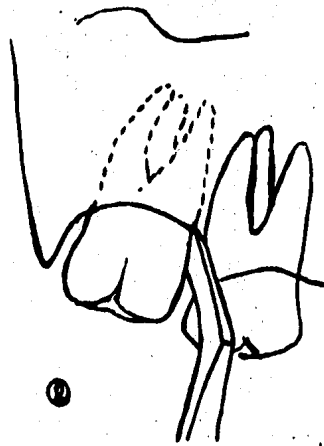
AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

Es frecuente en la clínica que se presenten terceros -
molares inferiores retenidos en sujetos desdentados totales,-
o desdentados a nivel del retenido, o tan solo en pacientes --
con el segundo molar ausente.

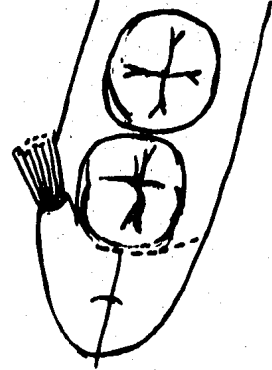
Algunos constituyen un hallazgo radiográfico y se des-
cubre su presencia en investigaciones realizadas con otros --
fines.



1

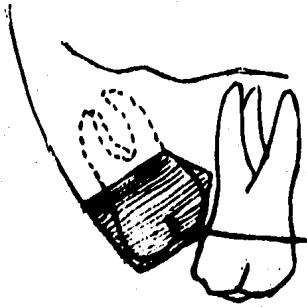


2



3

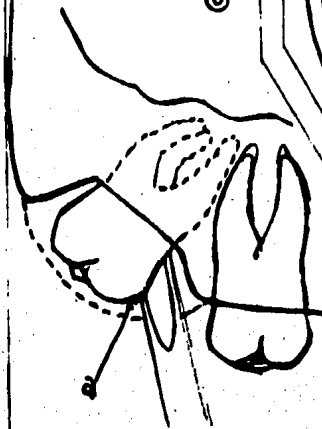
EJ: SUP



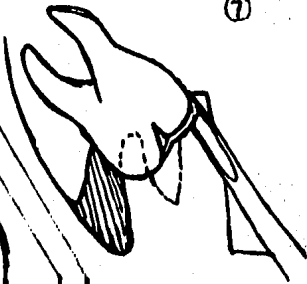
4



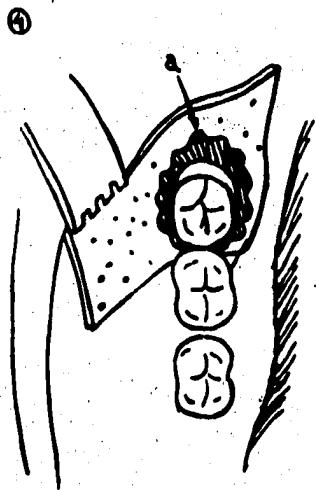
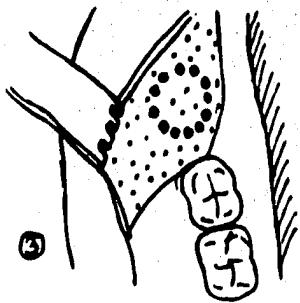
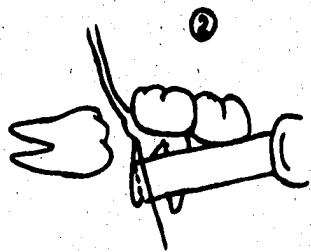
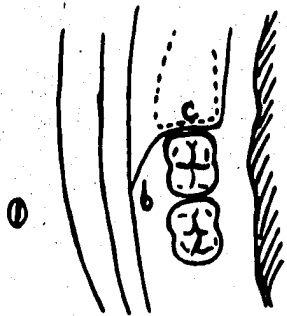
5



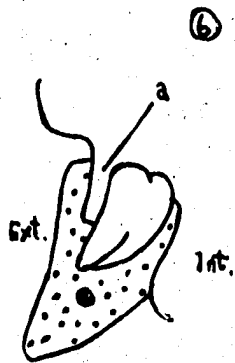
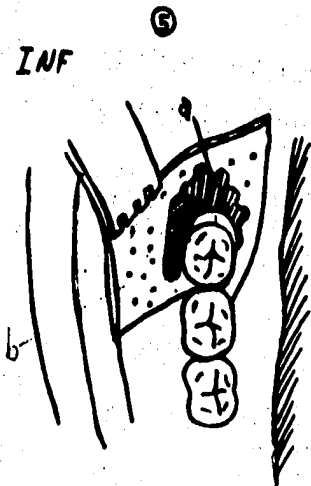
6



7



EJ: INF



ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

En su retención o en el intento de erupción, el tercer-molar produce una serie de accidentes patológicos diversos, de variado aspecto o intensidad.

Los accidentes originados por el tercer molar son de -- variedad clínica e intensidad distinta; alcanzan todas las gamas y toman todos los cuadros clínicos: desde el proceso local de escasa importancia hasta el flemórgangrenoso del suelo de - la boca.

Los accidentes del tercer molar pueden clasificarse clínicamente en:

- 1.- Accidentes Mucosos.
- 2.- Accidentes Nerviosos.
- 3.- Accidentes Celulares.
- 4.- Accidentes Oseos.
- 5.- Accidentes Linfáticos o Ganglionares.
- 6.- Accidentes Tumorales.

1.- Accidentes Mucosas.- Se refiere a las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean al molar conocido como pericoronitis, que consiste en la instalación al nivel del capuchón de un proceso inflamatorio con sus clásicos signos de tumor, rubor, calor y dolor.

El dolor es inicial, puede ser localizado o irradiado en la línea del nervio dentario inferior, es muy frecuente que se ubique en el oído de ese lado y se exacerbe durante la masticación. El dolor generalmente es nocturno.

Tumor.- A la exploración encontramos la encía aumentada de volúmen con la huella de los dientes antagonistas.

Rubor.- La encía es rojoviolácea cubierta con saburra, restos de alimentos y sangre.

Calor.- La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio en la temperatura de la región.

Estado General.- Existe fiebre, anorexia, astenia, -- trismus, masticación difícil, ramite frecuentemente en períodos de 2 a 3 días.

2.- Accidentes Nerviosos.- Los accidentes nerviosos - originados por el tercer molar en erupción. Sobre el nervio-dentario pueden incidir trastornos reflejopáticos y neu-----tróficos que se traducen en herpes, peladas, canicie, eczemas, etc.

Entre los accidentes nerviosos debe considerarse el -- trismus, como reacción antálgica.

3.- Accidentes Celulares.- Pueden aparecer inflamación y absceso en diferentes sitios como en el pilar anterior o -- subamigdalino, en la fosa temporal en el piso de la boca, en el espacio macetero, etc.

4.- Accidentes Oseos.- Los accidentes óseos que se convierten en verdaderas osteitis, osteoflemones y graves osteomielitis. La osteitis que se desarrolla entre el segundo --- molar y tercero retenido en mesioversión proceso relativamente frecuente, constituye un foco óseo susceptible de propagarse y dar cuadros sépticos de osteoflemones o infecciones generales.

5.- Accidentes Linfáticos o Ganglionares.- La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronaritis es un hecho frecuente y común. Podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario, se acompaña de su cotejo ganglionar. -

La adenitis es el accidente ganglionar más común que - evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario el ganglio vuelve a sus normales proporciones y estado, una - vez terminada la afección del saco pericoronario.

Pero en las infecciones de gran virulencia o cuando - el estado general del paciente está resentido; la adenitis - simple puede transformarse en un adenoflemón.- El adenoflemón es un accidente común su marcha y evolución se ha modificado-

favorablemente con los antibióticos.

6.- Accidentes tumorales.- Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos. Estos tumores son los quistes dentígeros, estos quistes dentígeros pueden infectarse dando procesos supurativos de intensidad variable complicándose con procesos (osteitis).

En otras oportunidades - sin llegar a la condición de quiste dentígero, el saco pericoronario puede seguir igual vía: la infección, sus consecuencias son las mismas.

Quistes dentígeros. - Este quiste rodea a la corona de un diente no erupcionado, probablemente tiene su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte, después de haberse formado por completo la corona hay acumulación de líquidos entre este epitelio y la corona del diente.

Quiste Primordial.- En un quiste derivado del órgano dentario del esmalte antes de la formación de los tejidos. La degeneración del retículo estrellado da lugar a un espacio quístico limitado por el epitelio interior y exterior del esmalte; que sufre un cambio y se convierte en epitelio de tipo escamoso estratificado; este tipo de quiste se encuentra con más frecuencia en el lugar del tercer molar del maxilar o por detrás del mismo en el reborde de la rama ascendente del maxilar inferior.

Quistes Multiloculares.- Son variantes de los quistes dentígeros proceden de varios gérmenes dentarios que desarrollan simultáneamente una degeneración que forman varios folículos adyacentes, cada uno de los cuales se convierte en un quiste separado. Estos quistes suelen ocupar la zona de los terceros molares pero pueden extenderse anteriormente por las ramas ascendentes.

ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

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

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

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

El proceso no termina hasta que no se realiza la extracción del molar, o se suprime el factor traumático que significan sus cúspides. Se puede aliviar y curar en pocas horas -- un proceso de esta índole desgastando con una piedra de carburo las cúspides del tercer molar. La úlcera puede a veces pasar inadvertida, porque queda escondida tras el molar.

La úlcera suprimidas las cúspides debe ser tocada con licor de Bonain, con lo cual los dolores desaparecen y la úlcera cicatriza.

INDICACIONES Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

Los factores más importantes en el cuidado postoperatorio son:

- a) Control de la hemorragia.
- b) Restitución de la ingestión normal de líquidos.
- c) Reemplazo de líquidos perdidos.

Como se ha dicho es de mucha importancia la colocación de apósitos a presión. Después de la extracción de los dientes se debe colocar sobre la herida una gasa estéril manteniéndola con presión ligera.

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE.

- 1.- Dejar la gasa por lo menos durante 30 minutos.
- 2.- Colocarse una bolsa de hielo o toallas frías en la cara durante 6 a 12 horas, en intervalos de tiempos. Cuando más pronto se haga más efectivo es.
- 3.- Guardar reposo relativo por dos días y deberá dormir con dos almohadas para evitar hemorragia.
- 4.- No enjugarse la boca hasta la mañana siguiente; con los enjuagues puede desalojarse el coágulo e interrumpir el proceso normal de curación.
- 5.- En la mañana siguiente podrá enjugarse suavemente con un vaso de agua tibia con sal (media cucharadita de sal en una parte de agua) o bien con tres partes de agua por una parte de agua oxigenada (diluída) repetirse 3 ó 4 veces al día.
- 6.- Siga sus inclinaciones naturales en lo que respecta a su dieta, pero por su propia comodidad son preferibles los alimentos blandos exentos de grasa e irritantes durante las principales 48 horas. Tomar gran cantidad de líquidos pero sin emplear popote.
- 7.- Si aparece un sangrado anormal, dóblese una torunda de algodón mógese y colóquese sobre el alveolo y muerda durante 20 minutos.
- 8.- Los dientes deben recibir su higiene normal, con --

excepción de la región operada, en caso de urgencia llame al cirujano dentista.

a) Complicaciones postoperatorias.

DOLOR POSTOPERATORIO.

El dolor que aumenta de intensidad cuando cesa el efecto del anestésico y que no responde a los analgésicos corrientes, requiere una investigación. El dolor de este tipo puede ser debido a la fractura o desviación de la lámina ósea interceptal y bucal, lingual o a la presencia de un cuerpo extraño. Se ha de administrar un anestésico local, tomar una radiografía y explorar al alveolo. Si se descubre alguna causa del dolor se corregirá, si no hay causas evidentes se prescribe un narcótico como la codeína (60 mg.) o, la Meperidina (50 mg.). Se puede tomar la medicina de cada 4 a 6 hrs. cuando se necesita calmar el dolor, 6 ó 8 tabletas han de bastar para vencer la fase del dolor agudo producido por el trauma. Si se sospecha de una infección por existir temperatura superior a los 38°C. o escalofríos y aumento de la tumefacción, hay que administrar antibióticos.

El dolor que aparece de los 2 a los 10 días después de una extracción en ausencia de signos de inflamación local está aludida comunmente al alveolo, puede tener alveolitis o osteomielitis localizada, se trata por irrigación con solución salina normal estéril o agua potable o destilada y por la aplicación de curas sedativas hasta que seden los síntomas.

Las curas sedativas se preparan empapando tiras de gasa de 1 cm. de borde en eugenol o algún preparado durante más tiempo se le puede incorporar una mezcla de óxido de zinc y eugenol. Como éste apósito se endurece hay que colocar cuidadosamente para poderlo retirar sin dolor al cabo de unos días.

Las curas se han de combinar cada uno o dos días. Las que llevan óxido de zinc se pueden dejar de cinco a siete días. Si el problema persiste consulte al cirujano dentista.

b) Hemorragia.

En caso de hemorragia se procederá al aislamiento del sitio de Sangrado, se retiran los coágulos sanguíneos limpiando por aspiración con gasas estériles. Si el sangrado es abundante y muchas veces resulta difícil obtener esta limpieza. Hay que precisar el sitio exacto del sangrado haciendo presión sobre las gasas. Después que los tapones han sido colocados durante cinco minutos, pueden levantarse con mucho cuidado y tener de que tipo de sangrado se trata. Tiene que saberse el tipo de hemorragia si es arterial, venosa o capilar y si procede de vasos intraóseos del tejido blando.

MEDIDAS PARA DETENER HEMORRAGIA.

Para el procedimiento quirúrgico de control de la hemorragia bucal por taponeo o sutura, conviene aplicar en la región un anestésico local. Como estas manipulaciones son tan dolorosas muchas veces no es posible hacerlas de manera cuidadosa. Si la hemorragia proviene de tejido blando, sea de origen arterial o venosa, el vaso debe ligarse.

La hemorragia capilar de los tejidos blandos puede ser tratada con varios métodos. Sobre el sitio que está sangrando puede hacerse presión con torundas embebidas en una solución de clorhidrato de adrenalina al 1 x 1000 quitándole el exceso. La esponja de gelatina absorbible (gelfoam) o la esponja de fibrina embebida de trombina pueden colocarse en la región. Un método muy bueno es colocar bajo presión una gasa en el lecho capilar sangrante. La solución de Monsel (solución del sulfato férrico) es un hemostático excelente para la hemorragia capilar, cuando se coloca cuidadosamente en pequeña cantidad.

Muchas veces es posible detener hemorragias capilares o venosas cerrando la herida fuertemente con suturas. Este método es útil especialmente si la hemorragia capilar de tejidos blandos se origina en los bordes superficiales de la herida. El sangrado capilar de los vasos intraóseos también puede detenerse aplicando los principios antes mencionados.

INDICACIONES DE FARMACOTERAPIA PRE Y POS-OPERATORIA.

La historia, la exploración física y la valoración de la personalidad, tanto como el problema que se va a manejar, dictarán el tipo de medicamentos que se necesiten en el periodo preoperatorio, al operar y durante el periodo postoperatorio.

Siempre que historia y exploración del paciente muestren que está afectado por algún problema médico particular, el dentista debe determinarse la posibilidad de cualquier efecto antagónico o sinérgico entre las drogas que el paciente ya está tomando y las que podría necesitar como parte del tratamiento del problema bucal, tanto como cualquier contraindicación debida al problema médico del paciente.

El dentista también debe estar enterado del método de destoxicación y eliminación de las drogas que administra, así como conocer sus manifestaciones de toxicidad.

Los pacientes que reciben tratamiento para padecimientos como diabetes, hipotiroidismo o cualesquiera de las enfermedades de la colágena, deberán ser valoradas cuidadosamente y deberá solicitarse consulta con sus médicos familiares.

El médico general no suele conocer muchos detalles de los distintos tipos de terapéutica dental y apreciará que se le informe en cada consulta de las características del tratamiento que va a darse, y de los tipos de medicamentos que se necesitarán. Es necesario revisar periódicamente la farmacología de las drogas que se usan en forma poco frecuente, -- para estar al tanto de los nuevos casos y efectos colaterales más recientemente comunicados.

En cuanto a la preoperatoria será necesario usarla -- sólo en algunos casos, como cuando existe proceso infeccioso para lo que se indicaron antibióticos y analgésicos hasta que esté controlada la infección.

En el caso de pacientes parhensivos se pueden usar -- tranquilizantes la noche anterior, pero lo indicado es siem-

pre ganarnos la confianza del paciente con lo que evitaremos - complicaciones. En el postoperatorios siempre vamos a indi-- car analgésicos que pueden ser a base de ácido acetilsalisíli co o dimetil pirazolona y en caso de esperarse más intenso --- pirrólicos con codeína.

Cuando de acuerdo a la cirugía esperamos tener respues- ta inflamatoria se indican antiinflamatorios mientras dure es- ta respuesta.

Los antibióticos se usarán si durante el acto operato-- rio encontramos un foco infeccioso no detectado antes, cuando dudamos de nuestra asepsia o cuando no contamos con la confian za de limpieza de nuestros pacientes.

Siempre se indicarán antisépticos bucales, que deben -- evitar el día de la intervención porque es más importante te-- ner los cuidados para prevenir la hemorragia.

El empleo regular de tratamientos médicos conjuntos man-- tendrá al dentista más tranquilo acerca de su conocimiento de-- dosificación y posibles complicaciones y proporcionará los -- beneficios de una mejor asistencia al paciente.

CONCLUSIONES.

Los antropólogos afirman que la línea prehipofisiaria que se inclinaba hacia adelante desde el frente en recesión - hasta la mandíbula en protrusión en las formas prehumanas, se han vuelto casi verticales en el hombre moderno a medida que ha disminuído el número de dientes.

Una dieta más blanda y refinada que requiere menos -- masticación, favorece esta tendencia haciendo innecesario --- poseer aparato masticatorio poderoso. Un gran número de personas tiene retenidos por estas razones. El hombre tiende a perder los terceros molares y todos los dientes que no asumen su posición y funcionamiento adecuado deberán ser candidatos a extracción.

Es indudable que existen dentistas generales excelentes cuya actuación profesional es superior a la de los especialistas mediocres. El práctico general debe realizar las -- operaciones para las cuales considere que posee conocimientos práctica y facilidad suficiente para obtener éxito y no perjudicar al paciente.

El dentista que no tiene afición hacia la cirugía y -- opera pocas veces no debe intentar los procedimientos avanzados. Por ejemplo: extraer un tercer molar incluído verticalmente. El dentista que sólo opera ocasionalmente presta un - deficiente servicio, no solo al paciente sino también así mismo. Si el práctico tiene el proyecto de interesarse más por la cirugía debe estudiar, equiparse adecuadamente y operar -- con regularidad. El dentista general debe sentirse responsable de la canalización a los cirujanos orales, de los pacientes con lesiones o traumatismos de la boca o de los maxilares que él no desea o que no considera capacitado para tra--- tar.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- CIRUGIA BUCAL.
RIES CENTENO GUILLERMO A.
EDITORIAL "ATENE0" 1975 7a. EDICION.
pág. 344-351. 439-451. 753-408.
- 2.- CIRUGIA BUCAL.
W. ARCHER HARRY.
EDITORIAL SALVAT EDITORES, S. A.
pág. 1-8. 124. 145-158.
- 3.- TECNICAS QUIRURGICAS.
FACULTAD DE ODONTOLOGIA, S. U. A.
Pág. 5-21.
- 4.- CIRUGIA BUCAL.
EMMETT COSTICH.
EDITORIAL MEXICO INTERAMERICANA 1974.
Pág. 44.
- 5.- MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA "ASTRA"
PROPIEDAD LITERARIA POR AB ASTRA.
Pág. 15-30.
- 6.- FARMACOLOGIA ODONTOLOGICA.
BAZERQUE PABLO.
BUENOS AIRES EDITORIAL MUNDI 1976.
Pág. 306-326.
- 7.- COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA.
L. TESTUT
EDITORIAL: SALVAT EDITORES.
Pág. 19-155.
- 8.- LAS ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS EN LA PRACTICA
GENERAL.
L. MORRIS ALVIN.
M. BOHANNAN HARRY.
Editorial "LABOR", S. A.
1980 4a. EDICION.
pág. 550-560.

9.- MANUAL DE TECNICA Y PROPEDEUTICA.
CUEVAS FRANCISCO.
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.
MEXICO 1969.
Pág. 659-665.

10.-FARMACOLOGIA, ANALGESIA, TECNICAS DE ESTERILIZA-
CION Y CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA DENTAL.
J. DUNN MARTIN.
F. BOOTH DONALD,
CLANCY MARIE,
Editorial " EL MANUAL MODERNO "
S. A. 1980.
Pág. 161-204.