

24. 971



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**Facultad de Odontología**

**TESIS DONADA POR  
D. G. B. - UNAM**

**EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES  
RETENIDOS**

**T E S I S**

Que para obtener el Título de

**CIRUJANO DENTISTA**

presenta

*Remedios Tapia Rosales*

México, D. F.

1 9 8 0



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# I N D I C E

## I.- INTRODUCCION

## II.- ETIOLOGIA

- A) CAUSAS LOCALES DE RETENCION
- B) CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION
- C) COMPLICACIONES DERIVADAS DE DIENTES RE  
TENIDOS.

## III.-ANATOMIA DE LA REGION DE LOS DIENTES:

- A) MUSCULOS
- B) ARTERIAS
- C) VENAS
- D) NERVIOS

## IV. CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES RETENI - DOS.

- A) TERCEROS MOLARES INFERIORES
- B) TERCEROS MOLARES SUPERIORES

## V. HISTORIA CLINICA

## VI. INSTRUMENTAL QUIRURGICO

## VII. TECNICAS DE ANESTESIA LOCAL

## VIII. TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES.

## IX. FACTORES QUE COMPLICARAN LA EXTRACCION QUI RURGICA.

**X.- ACCIDENTES**

**XI.- CONCLUSIONES**

**XII.- BIBLIOGRAFIA**

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

NADA NUEVO PRETENDO PRESENTAR EN ESTE TRABAJO, PUES CONSIDERO QUE NO SE TRATA DE UNA INVESTIGACION NI DE UNA TECNICA PERSONAL QUE CAUSE INNOVACION EN EL CAMPO ODONTOLOGICO.

EL INTERES QUE SE HA PRESENTADO EN MI POR DESARROLLAR ESTE TEMA, DOCUMENTARME UN POCO EN LA MATERIA, ESCRIBIR Y TRANSCRIBIR LO MAS IMPORTANTE ACERCA DE LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES ES LA IMPORTANCIA QUE PARA EL ODONTOLOGO TIENE ESTE TOPICO.

LA ODONTOLOGIA Y EN ESPECIAL LA CIRUGIA BUCAL SON CIENCIAS QUE SE DEBEN DOMINAR POR COMPLETO YA QUE ESTAN INTEGRADAS POR UNA SERIE DE DETALLES IMPORTANTES PARA OBTENER EXITO EN EL TRABAJO PROFESIONAL DIARIO, Y AUNQUE DICHS DETALLES ESTEN TRATADOS CON GENERALIDAD EN ESTE TRABAJO, DESEO QUE SIRVA A ALGUIEN PARA SABER CUANDO, COMO, DONDE Y PORQUE SE VA A REALIZAR LA EXTRACCION DE UN TERCER MOLAR, ASI COMO LAS COMPLICACIONES, FRACASOS Y EXITOS QUE DE ESTA INTERVENCION SE LOGREN OBTENER.

LOS RESULTADOS POSITIVOS O NEGATIVOS VAN A DEPENDER EN GRAN PARTE DE LA SEGURIDAD Y LOS CONOCIMIENTOS ACTUALIZADOS DEL ODONTOLOGO, YA QUE DIA-

CON DIA LA CIENCIA DESCUBRE TECNICAS EN LAS CUALES  
SUS PROCEDIMIENTOS SON MAS EFICACES Y SI SON REA -  
LIZADOS A-CONCIENCIA DARAN MARAVILLOSOS RESULTADOS  
QUE PONDRAN MUY EN ALTO EL PRESTIGIO GENERAL DEL -  
CIRUJANO DENTISTA,

C A P I T U L O   I I

## E T I O L O G I A

LA REDUCCION EVOLUTIVA GRADUAL DEL TAMAÑO DE -  
LOS MAXILARES HUMANOS ES LA CAUSA MAS LOGICA DE -  
LOS DIENTES RETENIDOS. ESTO DA POR RESULTADO MAXI -  
LARES DEMASIADO PEQUEÑOS PARA ACOMODAR A LOS TER -  
CEROS MOLARES. EN APOYO A ESTA TEORIA OBSERVAMOS -  
LA AUSENCIA CONGENITA DE TERCEROS MOLARES SUPERIO -  
RES O INFERIORES O LA PRESENCIA DE TERCEROS MOLA -  
RES RUDIMENTARIOS EN SU LUGAR. EN SU LUGAR OTROS -  
DIENTES TAMBIEN PRESENTAN AUSENCIA CONGENITA O MAL -  
FORMACIONES, PERO NO TAN FRECUENTEMENTE COMO LOS -  
MOLARES.

DESDE HACE DOSCIENTOS AÑOS SE HA CREIDO A LA -  
CIVILIZACION RESPONSABLE DE LA DISMINUCION O FALTA -  
TOTAL DE ESTIMULO PARA QUE EXCITE UN DESARROLLO -  
ADECUADO DE LOS MAXILARES HUMANOS; UN DESARROLLO -  
QUE PROVEA DE SUFICIENTE ESPACIO PARA UNA ERUPCION -  
NORMAL DE TODOS LOS DIENTES. ESTE ESTIMULO PERDIDO -  
ES LA FUERZA PARA LA MASTICACION DEL ALIMENTO DURO -  
CON EL CONSIGUIENTE CHOQUE. LA DIETA MODERNA RE --  
QUIERE UN ESFUERZO DECIDIDO EN LA MASTICACION Y -  
ESTO DE ACUERDO CON LA OBSERVACION DE VARIOS CIENTI -  
FICOS; ES LA CAUSA QUE ESTIMULA EL CRECIMIENTO -  
DE LOS MAXILARES Y LA RAZON POR LA QUE EL HOMBRE -  
MODERNO TIENE DIENTES RETENIDO.

ESTA TEORIA ESTA FORTALECIDA POR HECHOS PRE -  
SENTADOS POR NODINE, POR EL EXAMEN EFECTUADO EN -



LOS MAXILARES Y DIENTES DE ANTIGUOS EGIPCIOS Y MODERNOS BEDUINOS ESQUIMALES, ABORIGENES AUSTRALIA - NOS DEL SUR E INDIGENAS DE MEXICO, QUE DEMUESTRAN - QUE ESTOS PUEBLOS NO TIENEN DIENTES RETENIDOS. SU - COMIDA YA ANIMAL, CONSTITUIDA POR VEGETALES Y POR - PECES, ES SIMPLE EN VARIEDAD Y SIMPLE EN PREPARA - CION. SU CONSISTENCIA CUANDO ESTA PREPARADA ES TAL - QUE REQUIERE MASTICACION TAN PODEROSA POR PARTE - DEL NIÑO INMEDIATAMENTE DESPUES DEL DESTETE COMO - ADULTO.

EN LOS ADULTOS EUROPEOS SE CREE QUE LAS PRIN - CIPALES CAUSAS BASICAS DE DIENTES ANORMALES O RE - TENIDOS, SON LA ALIMENTACION ARTIFICIAL DE LOS BE - BES, LOS HABITOS DE LA INFANCIA, LOS ALIMENTOS -- BLANDOS Y DULCES DE LOS NIÑOS Y JOVENCITOS ASI CO - MO LAS MEZCLAS DESPROPOCIONADAS DE LA ALIMENTACION.

C A U S A S L O C A L E S D E R E T E N C I O N .

- A).- IRREGULARIDAD EN LA POSICION Y PRESION DE UN - DIENTE
- B).- DENSIDAD DEL HUESO QUE CUBRE AL DIENTE.
- C).- INFLAMACIONES CRONICAS CONTINUADAS CON SU RE - SULTANTE QUE ES UNA MEMBRANA MUY DENSA.
- D).- FLATA DE ESPACIO EN MAXILARES POCO DESARROLLA - DOS.

E).- PERDIDA PREMATURA DE LA DENTICION PRIMARIA.

F).- ENFERMEDADES ADQUIRIDAS TALES COMO NECROSIS -  
DEBIDO A INFECCION O ABSCESOS.

G).- CAMBIOS INFLAMATORIOS EN EL HUESO DEBIDO A EN-  
FERMEDADES EXANTEMICAS EN LOS NIÑOS.

CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION.

LAS RETENCIONES SE ENCUENTRAN A VECES EN DON-  
DE NO EXISTEN CONDICIONES LOCALES PRESENTES Y TE -  
NEMOS LAS SIGUIENTES CAUSAS:

A).- CAUSAS PRENATALES

1.- HERENCIA

2.- MEZCLA DE RAZAS.

B).- CAUSAS POSNATALES SON TODAS AQUELLAS QUE PUE-  
DEN INTERFERIR EN EL DESARROLLO DEL NIÑO TA -  
LES COMO:

1.- RAQUITISMO

2.- ANEMIA

3.- SIFILIS CONGENITA

4.- TUBERCULOSIS

5.- DISENDOCÉRMICAS

6.- DESNUTRICION.

C).- CONDICIONES RARAS:

1.- DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL.

2.- OXICEFALIA

3.- PROGERIA

4.- ACONDRPLASIA

5.- PALADAR FISURADO.

DISOSTOSIS ENDOCRANIAL.- ES UNA CONDICION CON GENITA MUY RARA, EN LA CUAL OSIFICACION DEFECTUOSA DE LOS HUESOS CRANEALES, AUSENCIA PARCIAL O TOTAL- DE CLAVICULAS, RECAMBIO DENTARIO RETARDADO, DIEN - TES PERMANENTES NO ERUPCIONADOS Y DIENTES SUPERNUMERARIOS RUDIMENTARIOS.

OXICEFALIA.- ES LA LLAMADA CABEZA CONICA EN LA CUAL LA PARTE SUPERIOR DE LA CABEZA ES PUNTIA - GUDA.

PROGERIA.- REPRESENTA ENVEJECIMIENTO PREMA - TURO. ES UNA FORMA DE INFANTILISMO CARACTERIZADA -- POR ESTATURA PEQUEÑA, AUSENCIA DEL VELLO FACIAL Y - PUBICO, PIEL ARRUGADA, CABELLO GRIS, ASPECTO FA -- CIAL AVEJENTADO, ACTITUDES Y MANERAS DEL ANCIANO.-

ACONDRPLASIA.- ES UNA ENFERMEDAD DEL ESQUE - LETO QUE EMPIEZA EN LA VIDA FETAL Y PRODUCE UNA - FORMA DE ENANISMO. EN ESTAS CONDICIONES EL CARTI - LAGO NO SE DESARROLLA NORMALMENTE.

PALADAR FISURADO.- ES UNA MALFORMACION CONGENITA EN LA LINEA MEDIA.

LAS MISMAS CAUSAS LOCALES O GENERALES PUEDEN SER EL FACTOR ETIOLOGICO DE DIENTES EN MALPOSICION O NO ERUPCIONADOS.

LOS DIENTES RETENIDOS SE PRESENTAN EN EL SIGUIENTE ORDEN DE FRECUENCIA:

- 1.- TERCEROS MOLARES SUPERIORES.
- 2.- TERCEROS MOLARES INFERIORES.
- 3.- CANINOS SUPERIORES
- 4.- PREMOLARES INFERIORES
- 5.- CANINOS INFERIORES
- 6.- PREMOLARES SUPERIORES
- 7.- INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES
- 8.- INCISIVOS LATERALES SUPERIORES.

COMPLICACIONES DERIVADAS DE DIENTES RETENIDOS:

DOLOR.- PUEDE SER LIGERO Y LOCALIZADO EN EL AREA INMEDIATA DEL DIENTE RETENIDO TAMBIEN PUEDE SER GRAVE Y AGUDO E INCLUIR TODOS LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES DEL LADO AFECTADO, EL OIDO Y LA ZONA POSTURAL, CUALQUIER PARTE ATRAVESADA POR EL NERVI0 TRIGEMINO O AUN TODA LA ZONA INERVADA POR -

ESTE NERVIO. EL DOLOR PUEDE SER INTERMITENTE CONSTANTE O PERIODICO. EL DOLOR PUEDE SIMULAR UN TIC DOLOROSO QUE SE DISTINGUE PORQUE EL DOLOR ES AGUDISIMO, LANCINANTE, INTERMITENTE Y REPENTINO.

FRACTURAS.- LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTAN LAS FRACTURAS DEL MAXILAR INFERIOR EN ZONAS OCUPADAS POR DIENTES RETENIDOS, DEMUESTRA QUE ESTO ES UN FACTOR DE DEBILITAMIENTO A CAUSA DEL DESPLAZAMIENTO DEL HUESO.

COMPLICACIONES MECANICAS.- EL TERCER MOLAR AL TRATAR DE HACER ERUPCION HACE PRESION SOBRE INCISIVOS Y CANINOS DESVIANDOLOS DE SU EJE VERTICAL PRODUCIENDO ENTRECruzAMIENTOS DE DIENTES ANTIESTETICOS.

COMPLICACIONES TUMORALES.- LA CAUSA DE LOS TUMORES ODONTOGENICOS SON LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS. LOS DIENTES PORTADORES DE TALES QUISTES EMIGRAN DEL SITIO DE INICIACION DEL PROCESO, PUES EL QUISTE EN SU CRECIMIENTO RECHAZA EL DIENTE ORIGINAL.

COMPLICACIONES EN ENCIA.- LA VAMOS A ENCONTRAR EDEMATIZADA, AUMENTADA DE VOLUMEN PRESENTANDO COLOR ROJIZO, Y SE ENCUENTRA RODEADA DE RESTOS ALIMENTICIOS Y COAGULOS DE SANGRE.

ABSCESO PERICORONAL.- LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES EN EL PACIENTE SON FIEBRE, ANOREXIA, ASTENIA Y FORMACION DE ABSCESOS.

LOS SINTOMAS DEL ABSCESO PERICORONAL SON: ADENITIS SUBMAXILAR, TRISMUS, DOLOR EN LA REGION DEL MOLAR, MALESTAR GENERAL, CELULITIS QUE DIFICULTA LA DEGLUCION.

COMPLICACIONES LINFATICAS.- ES UN ACCIDENTE GANGLIONAR, SE TRATA DE UNA ADENITIS QUE EN INFECCIONES DE GRAN VIRULENCIA Y CUANDO EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE ES GRAVE, SE COMPLICA ORIGINANDO UN FLEMON DEL GANGLIO (GANGLIO CHASSAIGNAC).

OTRAS COMPLICACIONES.- LOS DIENTES RETENIDOS SON CUERPOS EN MALPOSICION Y POR LO TANTO SON FUENTES POTENCIALES DE OTRAS COMPLICACIONES, LAS CUALES AUNQUE NO RARAS, SE ENCUENTRAN CON MENOR FRECUENCIA QUE LAS YA ANTES MENCIONADAS, ESTAS PUEDEN SER:

- 1.- SONIDO TINTINANTE, SUSURRANTE, ZUMBANTE DEL OIDO (TINNITUS AURIUM).
- 2.- OTITIS
- 3.- AFECCIONES DE LOS OJOS TALES COMO:
  - A) CEGUERA
  - B) IRITIS
  - C) DOLOR QUE SIMULA EL DEL GLAUCOMA.

C A P I T U L O   I I I

## M U S C U L O S

LOS PRINCIPALES MUSCULOS QUE ESTAN EN RELACION CON LA MASTICACION SON 4 Y ES POR ESO QUE SE LES HA LLAMADO MASTICADORES Y SON LOS SIGUIENTES;

- A) MUSCULO TEMPORAL
- B) MUSCULO MASETERO
- C) MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO
- D) MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO

MUSCULO TEMPORAL.- OCUPA LA FOSA TEMPORAL Y SE EXTIENDE HACIA ADELANTE HASTA EL BORDE LATERAL DEL REBORDE SUPRAORBITARIO. SU INSERCIÓN INFERIOR SE HACE EN LA APOFISIS CORONOIDES Y A LO LARGO DEL BORDE ANTERIOR Y LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR.

RELACIONES.- POR SU CARA SUPERFICIAL SE RELACIONA CON LA APONEUROSIS TEMPORAL, LOS VASOS Y LOS NERVIOS SUPERFICIALES, Y EL ARCO CIGOMATICO Y LA PARTE SUPERIOR DEL MASETERO, SU CARA PROFUNDA SE HALLA EN CONTACTO DIRECTO CON EL HUESO TEMPORAL Y EN RELACION CON NERVIOS Y ARTERIAS TEMPORALES PROFUNDAS, ANTERIOR MEDIA Y POSTERIOR, Y LAS VENAS CORRESPONDIENTES.

INERVACION.- DE LA INERVACION DEL TEMPORAL SE HALLAN ENCARGADOS LOS TRES NERVIOS TEMPORALES PROFUNDOS QUE SON RAMAS DEL NERVIIO MAXILAR SUPERIOR QUE A SU VEZ ES RAMA DEL TRIGEMINO.



MUSCULO MASETERO.- EL MUSCULO MASETERO ES -  
APROXIMADAMENTE DE FORMA RECTANGULAR Y ESTA FORMA-  
DO POR DOS HACES MUSCULARES PRINCIPALES QUE ABAR -  
CAN DESDE EL ARCO CIGOMATICO HASTA LA RAMA Y EL -  
CUERPO DEL MAXILAR INFERIOR.

RELACIONES.- SE INSERTA EN EL HUESO MAXILAR -  
ABARCANDO DESDE LA REGION DEL SEGUNDO MOLAR SOBRE-  
LA SUPERFICIE EXTERNA DEL MAXILAR HASTA EL TERCIO-  
INFERIOR DE LA SUPERFICIE O POSTEXTERNA DE LA RA -  
MA.

LA CARA EXTERNA DEL MUSCULO MASETERO SE EN -  
CUENTRA POR FUERA RECUBIERTA TOTALMENTE POR LA APO  
NEUROSIS MASETERINA, POR FUERA DE LA CUAL SE ENCUEN  
TRA TEJIDO CONJUNTIVO, LA PROLONGACION MASETERINA-  
DE LA PAROTIDA, EL CANAL DE STENON, LOS MUSCULOS -  
CIGOMATICOS MAYOR Y MENOR RISORIO Y EL CUTANEO DE-  
LA CARA.

TAMBIEN SE ENCUENTRA RELACIONADO CON LA APOFI  
SIS CORONOIDES, CON LA INSERCCION DEL TEMPORAL Y -  
POR ULTIMO CON LA BOLSA ADIPOSITA DE BICHAT INTER -  
PUESTA ENTRE ESTE MUSCULO Y EL BUCCINADOR.

INERVACIONES.- LA ARTERIA MASETERINA QUE LO -  
ATRAVIESA, CON LA ARTERIA Y LAS VENAS FACIALES, -  
LA ARTERIA DE LA GLANDULA PAROTIDA, Y LAS RAMAS -  
NERVIOSAS DEL FACIAL.

### PTERIGOIDEO INTERNO.

EL MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO ES RECTANGULAR CON SU ORIGEN PRINCIPAL EN LA FOSA PTERIGOIDEA.

RELACIONES.- TIENE INSERCIÓN CON LA CARA EXTERNA E INTERNA DEL PTERIGOIDES Y EN EL FONDO DE LA FOSA PTERIGOIDEA Y CON LA PORCIÓN INTERIOR DEL ANGULO DEL MAXILAR INFERIOR.

INERVACIONES.- POR SU CARA INTERNA SE INTRODUCE EL NERVIJO DEL PTERIGOIDEO INTERNO.

FUNCION.- ES UN MUSCULO ELEVADOR DEL MAXILAR-INFERIOR, PERO DEBIDO A SU POSICION, TAMBIEN PROPORCIONA A ESTE PEQUEÑOS MOVIMIENTOS LATERALES.

### PTERIGOIDEO EXTERNO.

EL PTERIGOIDEO EXTERNO SE EXTIENDE DE LA APOFISIS PTERIGOIDES AL CUELLO DEL CONDILO DEL MAXILAR INFERIOR, SE HALLA DIVIDIDO EN DOS HACES UNO SUPERIOR O ESFENOIDAL Y OTRO INFERIOR O PTERIGOIDEO.

RELACIONES.- TIENE INSERCIÓN CON LA BOVEDA CIGOMATICA Y LA CARA EXTERNA ASI COMO CON LA CRESTA ESFENOTEMPORAL. EL HAZ INFERIOR SE FIJA SOBRE LA CARA EXTERNA DE LA APOFISIS PTERIGOIDEA.

LAS FIBRAS Y AMBOS HACES CONVERGEN HACIA AFUERA Y TERMINAN POR FUNDIRSE AL INSERTARSE EN LA PAR

TE INTERNA DEL CUELLO DEL CONDILO EN LA CAPSULA ARTICULAR Y EN EL MENISCO INTERARTICULAR.

ACCION.- TIENE COMO FUNCION LOS MOVIMIENTOS DE PROYECCION HACIA ADELANTE DEL MAXILAR INFERIOR Y MOVIMIENTOS QUE JUEGAN GRAN IMPORTANCIA EN LA MASTICACION.

EXISTEN OTROS MUSCULOS QUE SE RELACIONAN CON EL MAXILAR INFERIOR AYUDANDO A LOS PRINCIPALES YA QUE MUCHOS DE ESTOS CORRESPONDEN A CUELLO Y POR ESO SOLO HAREMOS MENCION DE ALGUNOS DE ELLOS: DIGASTRICO Y BUCCINADOR.

## A R T E R I A S .

ARTERIA MAXILAR INTERNA. - NACE AL NIVEL DEL CUELLO DEL CONDILO LO RODEA Y SE INTRODUCE EN EL OJAL RETROCONDILEO DE JUVARA.

LA ARTERIA MAXILAR INTERNA SE DESLIZA ENTRE EL MUSCULO TEMPORAL Y EL REBORDE DEL MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO Y PENETRA EN LA FOSA PTERIGO-MAXILAR TERMINANDO EN LA ARTERIA ESFENOPALATINA.

LA ARTERIA MAXILAR INTERNA TIENE RAMAS ASCENDENTES, DESCENDENTES, ANTERIORES Y POSTERIORES. UNICAMENTE TRATAREMOS LAS RAMAS QUE INTERESAN AL CASO COMO SON LA RAMA ASCENDENTE Y LA RAMA ANTERIOR.

RAMAS DESCENDENTES SE DIVIDEN EN:

- A). - DENTARIO INFERIOR
- B). - RAMA PTERIGOIDEA
- C). - RAMA MILOHIODEA
- D). - RAMA MASETERINA
- E). - ARTERIA BOCAL

RAMA DENTARIA INFERIOR. - SE ORIGINA A LA ALTURA DEL CONDILO, DESCIENDE HACIA ABAJO Y HACIA AFUERA, PENETRA AL CONDUCTOR DENTARIO POR EL CUAL CORRE EN TODA SU EXTENSION HASTA SALIR POR EL AGUJERO MENTONIANO Y TERMINAR EN LAS PARTES BLANDAS DEL MENTON.

RAMA PTERIGOIDEA.- ES PRODUCIDA EN EL TRAYECTO DE LA RAMA DENTARIA INFERIOR Y VA DIRIGIDA A IRRIGAR EL MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.

RAMA MILOHIOIDEO.- VA A IRRIGAR Y A TERMINAR EN EL MUSCULO DEL MISMO NOMBRE. LAS RAMAS DENTARIAS ALCANZAN EL APICE DE LAS PIEZAS, CORREN POR SU CONDUCTO APICAL Y VAN A DISTRIBUIRSE EN LA PULPA DENTARIA E IRRIGA LOS DOS INCISIVOS Y EL CANINO CORRESPONDIENTE.

RAMA MASETERINA.- SE DIRIGE HACIA ABAJO Y AFUERA, PASA POR EL NERVILO MASETERINO POR LA ESCOTADURA SIGMOIDEA Y SE DISTRIBUYE POR LA CARA PROFUNDA DEL MASETERO.

ARTERIA BUCAL.- CORRE HACIA ABAJO Y AFUERA JUNTO CON EL NERVILO BUCAL Y ALCANZA LA CARA EXTERNA DEL BUCCINADOR DONDE TERMINA.

LAS RAMAS ANTERIORES SON MENOS PERO SOLO MENCIONAREMOS LA ARTERIA ALVEOLAR.

ARTERIA ALVEOLAR.- CAMINA A LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR, DONDE SE DIVIDE EN TRES RAMAS QUE PENETRAN EN LOS CONDUCTOS DENTARIOS POSTERIORES Y VAN A TERMINAR EN LOS GRUESOS MOLARES.

RAMA INFRAORBITARIA.- HACE UN RECORRIDO Y EN ESE TRAYECTO NACE UNA RAMA DENTARIA ANTERIOR QUE CORRE EL CONDUCTO DENTARIO ANTERIOR, DANDO RAMAS A

## LOS INCISIVOS SUPERIORES.

### V E N A S.

LA VENA MAXILAR INTERNA QUE FORMA PARTE DEL TRONCO TEMPOROMAXILAR, ESTA FORMADA POR LA REUNION DE RAMOS VENOSOS QUE SIGUEN EL TRAYECTO DE LOS RAMOS ARTERIALES Y QUE PROCEDEN DE LOS PLEXOS PTERIGOIDEOS, SITUADOS ENTRE LOS MUSCULOS PTERIGOIDEOS- Y LA RAMA ASCEDENTE DEL MAXILAR INFERIOR, Y ALVEOLAR QUE CORRESPONDE A LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR.

LA VENA MAXILAR INTERNA, DESPUES DE RODEAR EL CUELLO DEL CONDILO, SE UNE CON LA TEMPORAL SUPERFICIAL PARA FORMAR EL TRONCO TEMPOROMAXILAR QUE SE CONTINUA CON LA YUGULAR EXTERNA.

### N E R V I O S.

EL TRIGEMINO QUINTO PAR CRANEAL ES UN NERVIO-MIXTO QUE TRANSMITE LA SENSIBILIDAD A LA CARA, ORBITA Y FOSAS NASALES, Y LLEVA LAS INCITACIONES MOTORAS A LOS MUSCULOS MASTICADORES.

ORIGEN REAL.- LAS FIBRAS SENSITIVAS TIENEN SU ORIGEN EN EL GANGLIO DE GASSER Y DE DONDE PARTEN TODAS LAS QUE CONSTITUYEN LA RAIZ SENSITIVA, LAS CUALES PENETRAN EN EL NEUROEJE POR LA CARA ANTEROINFERIOR DE LA PROTUBERANCIA ANULAR.

EL GANGLIO DE GASSER DE FORMA SEMILUNAR Y --  
APLANADO, FORMANDO EL CAVUM DE MECKEL Y LA PARED -  
SUPERIOR DE ESTA CAVIDAD SE ADHIERE AL GANGLIO DE-  
GASSER.

LA CARA INFERIOR DEL GANGLIO ESTA EN RELACION  
CON LA RAIZ MOTORA DEL TRIGEMINO Y CON LOS NERVIOS  
PETROSOS PROFUNDOS Y SUPERFICIALES QUE CAMINAN EN-  
LA PARED INFERIOR DEL CAVUM DE MECKEL.

LA RAIZ SENSITIVA DEL TRIGEMINO SE DESPRENDEN  
DEL BORDE POSTEROINTERNO DEL GANGLIO DE GASSER.

DEL BORDE ANTEROEXTERNO DEL GANGLIO NACEN --  
TRES RAMAS DEL TRIGEMINO QUE SON:

- A).- EL OFTALMICO
- B).- EL NERVIO MAXILAR SUPERIOR
- C).- EL NERVIO MAXILAR INFERIOR

NERVIO MAXILAR SUPERIOR. - ESTE NERVIO ES EXCLUSIVA  
MENTE SENSITIVO Y DE EL PARTEN NERVIOS SUMAMENTE -  
IMPORTANTES QUE SON:

- A).- NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES
- B).- NERVIO DENTARIO MEDIO
- C).- NERVIO DENTARIO ANTERIOR.

NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES. - SON DOS O TRES RA-  
MAS QUE SE DESPRENDEN DEL TRONCO EN LA PARTE ANTE-  
RIOR DE LA FOSA PTERIGOMAXILAR Y DESCIENDEN ADOSA-

DOS A LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR PARA EN LOS CONDUCTOS DENTARIOS POSTERIORES. PROPORCIONAN RAMOS A LOS GRUESOS MOLARES SUPERIORES, ASI COMO A LA MUCOSA DEL SENOS MAXILAR AL HUESO MISMO.

NERVIO DENTARIO MEDIO. - NACE DEL TRONCO, EN PLENCANAL SUBORBITARIO Y DESCIENDE POR LA PARED ANTEROEXTERNA DEL SENOS PARA ANASTOMOSARSE CON EL DENTARIO POSTERIOR Y CON EL DENTARIO ANTERIOR. CONTRIBUYE ASI A FORMAR EL PLEXO DENTARIO, EMITIENDO RAMOS PARA LOS PREMOLARES Y A VECES PARA EL CANINO.

NERVIO DENTARIO ANTERIO. - EMANA DEL NERVIO CUANDO ESTE PASA POR EL CONDUCTO SUBORBITARIO Y SUMINISTRARAMOS A LOS INCISIVOS Y A LOS CANINOS.

#### NERVIO DENTARIO INFERIOR.

EL NERVIO DENTARIO INFERIOR ES EL MAS VOLUMINOSO DE LOS ORIGINADOS POR EL MAXILAR INFERIOR. CONTINUA EN LA MISMA DIRECCION DEL TRONCO Y DESCIENDE EN LA CARA EXTERNA DEL PTERIGOIDEO INTERNO Y DEL MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO, ACOMPAÑADO DE LA ARTERIA DENTARIA INFERIOR CON LA CUAL PENETRA EN EL CONDUCTO DENTARIO Y CORRE POR ESTE HASTA EL AGUJERO MENTONIANO, DONDE SE DIVIDE EN SUS RAMAS TERMINALES.

EL NERVIO DENTARIO INFERIOR EMITE VARIAS RAMAS COLATERALES Y DE ESTAS RAMAS TENEMOS LOS NER -



VIOS DENTARIOS QUE NACEN EN EL CONDUCTO DENTARIO - Y ESTAN DESTINADOS A INERVAR A LOS GRUESOS MOLARES LOS PREMOLARES Y EL CANINO, ASI COMO EL MAXILAR IN FERIOR Y LA ENCIA QUE LO CUBRE.

LAS RAMAS TERMINALES SON DOS. EL NERVIO INCISIVO QUE CONTINUA LA DIRECCION DEL TRONCO, SE METE EN EL CONDUCTO INCISIVO Y PROPORCIONA RAMOS A LOS-CANINOS Y A LOS INCISIVOS.

C A P I T U L O    I V

## CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES.

ES DE GRAN IMPORTANCIA QUE EL DENTISTA CONOZCA LA CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES PUES ASI PODRA PLANEAR PREMEDITADAMENTE UNA SOLUCION A POSIBLES PROBLEMAS QUE SE LE PRESENTEN.

LAS RADIOGRAFIAS VAN A SER EL MEDIO MAS VALIOSO PARA CLASIFICAR A LOS MOLARES DE ACUERDO A SU POSICION ANATOMICA.

LAS RADIOGRAFIAS QUE SE TOMARAN SERAN INTRABUCALES, PERIAPICALES, OCLUSALES, DE ALETA MORDIBLE, EXTRABUCALES Y LATERALES.

### CLASIFICACION DE WINTER

RELACION DEL DIENTE CON LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR Y EL SEGUNDO MOLAR.

CLASE 1 : HAY SUFICIENTE ESPACIO ENTRE LA RAMA Y EL LADO DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, PARA LA ACOMODACION DEL DIAMETRO MESIODISTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

CLASE 2 : EL ESPACIO ENTRE LA RAMA Y EL EXTREMO DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR ES MENOR QUE EL DIAMETRO MESIODISTAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

CLASE 3 : TODO O CASI TODO EL TERCER MOLAR ESTA LOCALIZADO EN LA RAMA ASCENDENTE.

PROFUNDIDAD DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO

- POSICION A : LA PORCION MAS ALTA DEL DIENTE ESTÁ AL NIVEL DE LA LINEA OCLUSAL O POR SOBRE DE ELLA.
- POSICION B : LA PORCION MAS ALTA DEL DIENTE ESTÁ POR DEBAJO DEL PLANO OCLUSAL PERO POR ENCIMA DE LA LINEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR.
- POSICION C : LA PORCION MAS ALTA DEL DIENTE ESTÁ POR DEBAJO DE LA LINEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR.
- POSICION D : ECTOPICAS QUE SON LAS QUE ESTAN POR COMPLETO FUERA DEL SITIO.

RADIOGRAFIAS DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

RADIOGRAFIAS INTRABUCALES. - MUCHAS VECES LA RADIOGRAFIA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES NO SON CLARAMENTE OBSERVABLES POR NAUSEAS DEL PACIENTE O POR LA GRAN DESVIACION DE LA TOMA DE LOS RAYOS X, EN TOS CASOS SE PRESENTAN EN EL CASO DE LA CLASE III EN LA QUE EL MOLAR ESTA COMPLETAMENTE RETENIDO EN LA RAMA Y EN MENOR GRADO SUCEDE EN LA CLASE II Y EN LA CLASE I.

RADIOGRAFIAS DE ALETA MORDIBLE. - EN LOS CASOS DE LAS CLASES I Y II DE MOLARES INFERIORES RETENIDOS-

LA RADIOGRAFIA DE ALETA MORDIBLE ES LA UNICA QUE VISUALIZA LAS RELACIONES DE LAS CORONAS DEL SEGUNDO MOLAR ASI COMO DEL TERCERO. EN ESTE CASO EL RAYO CENTRAL SE DIRIGE EN ANGULO RECTO A TRAVES DE LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR A LA PELICULA CON CERO GRADOS DE ANGULACION VERTICAL.

RADIOGRAFIAS OCLUSALES. - ESTE TIPO DE RADIOGRAFIAS NOS VA A REVELAR LA POSICION VESTIBULOLINGUAL DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO. LA COLOCACION ES EN LA SUPERFICIE OCLUSAL Y SE LLEVA HACIA ATRAS HASTA QUE TOQUE EL BORDE DE LA RAMA ASCENDENTE. SE HACE OCLUIR PARA MANTENER LA PELICULA EN POSICION, LA CABEZA DEL PACIENTE SE LLEVA AL MAXIMO POSIBLE HACIA ATRAS Y EL RAYO CENTRAL SE DIRIGE EN ANGULO RECTO A LA PELICULA A TRAVES DEL BORDE INFERIOR DEL MAXILAR INFERIOR.

RADIOGRAFIA LATERAL DEL MAXILAR INFERIOR. - ES LA RADIOGRAFIA MAS ADECUADA EN LA CLASE III DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

DE ACUERDO A LA PROFUNDIDAD RELATIVA DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS EN EL HUESO:

CLASE A : LA PORCION INFERIOR DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO-

ESTA AL NIVEL DEL PLANO OCLUSAL DEL SEGUNDO MOLAR.

CLASE B : LA PORCION INFERIOR DE LA CORONA -  
DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO-  
ESTA ENTRE EL PLANO OCLUSAL DEL SE-  
GUNDO MOLAR Y LA LINEA CERVICAL.

CLASE C : LA PORCION INFERIOR DE LA CORONA -  
DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO-  
ESTA EN LA LINEA CERVICAL DEL SEGUN  
DO MOLAR O POR SOBRE ELLA.

LA POSICION DEL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE EN RE-  
LACION CON EL EJE LONGITUDINAL DEL SEGUNDO MOLAR.

- A).- VERTICAL
- B).- HORIZONTAL
- C).- MESIOANGULAR
- D).- DISTOANGULAR
- E).- INVERTIDA
- F).- VESTIBULOANGULAR
- G).- LINGUOANGULAR

LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES SUELEN PRESENTARSE  
SIMULTANEAMENTE EN:

- A).- DESVIACION VESTIBULAR
- B).- DESVIACION LINGUAL
- C).- TORCION

RELACION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO CON EL  
SENO MAXILAR: APROXIMACION SINUSAL, NO HAY HUESO -  
O HAY UNA PEQUEÑA LAMINA DE HUESO, ENTRE EL TERCER  
MOLAR SUPERIOR RETENIDO Y EL SENO MAXILAR, CONOCI-  
DA COMO NO APROXIMACION SENO MAXILAR.

C A P I T U L O V



## HISTORIA CLINICA.

UNAS DE LAS BASES DEL EXITO EN LA PRACTICA - ODONTOLOGICA ES LA HISTORIA CLINICA YA QUE POR MEDIO DE SUS PROCEDIMIENTOS NOS VAMOS A DAR CUENTA - EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE Y VAMOS A DIAGNOSTICAR Y PRONOSTICAR.

LOS PROCEDIMIENTOS DE EXPLORACION EN GENERAL - SON :

- A).- INTERROGATORIO
- B).- INSPECCION
- C).- PALPACION
- D).- PERCUSION
- E).- AUSCULTACION
- F).- PUNICION EXPLORADORA
- G).- EXAMENES DE LABORATORIO

INTERROGATORIO. ES EL DIALOGO A PREGUNTAS DEL DEN TISTA CON EL PACIENTE, MEDIANTE EL CUAL EL PACIENTE CONTESTA A PREGUNTAS REALIZADAS POR EL ODONTOLO GO Y QUE TIENEN POR OBJETO ILUSTRAR AL CLINICO ACER CA DE DATOS PERSONALES, SINTOMAS, Y SIGNOS. COMO - POR EJEMPLO; NOMBRE, EDAD, OCUPACION, COSTUMBRES - GENERO DE VIDA, PRINCIPIO Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD ACTUAL DE LA CUAL SE ESTA TRATANDO EL PACIEN TE.

GENERALMENTE EL INTERROGATORIO ES DIRECTO PERO CUANDO SE TRATA DE NIÑOS SE LE LLAMA INDIRECTO.

DATOS QUE NO DEBEMOS PASAR POR ALTO EN EL INTERROGATORIO:

- 1.- ENFERMEDAD ACTUAL
- 2.- ESTADO ORGANICO ACTUAL DEL ENFERMO
- 3.- RECURSOS TERAPEUTICOS OBTENIDOS Y RESULTADOS
- 4.- ANTECEDENTES PERSONALES Y COSTUMBRES
- 5.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS.

1.- ENFERMEDAD ACTUAL.- ENTENDEMOS POR ESTE NOMBRE A LA ENFERMEDAD QUE MOTIVA LA CONSULTA.

2.- ESTADO ORGANICO ACTUAL DEL PACIENTE.- ES EL ESTADO DE SALUD QUE EL PACIENTE TENIA EN DIAS-PASADOS, O ENFERMEDADES CRONICAS QUE PUEDEN COMPLICARNOS NUESTRO TRABAJO SI NO SON TRATADOS DE ACUERDO AL CASO POR ESO TENEMOS QUE HACER UNA HISTORIA CLINICA GENERAL Y PREGUNTAR:

APARATO DIGESTIVO.- APETITO, DEGLUCION, SED, ERUTOS, VOMITOS, ESTREÑIMIENTO, DIARREA, CARACTERES DE EVACUACION, MANIFESTACIONES BUCALES, Y OTROS DETALLES YA QUE SE HAN OBSERVADO ATAQUES REPETIDOS DE APENDICITIS DESPUES DE MANIOBRAS TERAPEUTICAS DE ENDONONCIA. TAMBIEN HAY QUE PREGUNTAR ACERCA DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA, PREGUNTAR SOBRE EL

**DOLOR BUCAL LOCALIZADO.**

APARATO RESPIRATORIO.- DISNEA, TOS, EXPECTORACION, -  
DOLOR EN TORAX, HIPO ETC.

APARATO CARDIOVASCULAR.- PALPITACIONES, DOLOR, VER  
TIGO, HEMORRAGIAS, EDEMAS.

APARATO GENITAL.- FUNCIONES GENITALES PRINCIPALMEN  
TE EN EL CASO ODONTOLOGICO A LA MUJER, ESTADO DE  
EMBARAZO Y MESNTRUACION.

SISTEMA NERVIOSO.- MOVILIDAD, SENSIBILIDAD, FUNI -  
CIONES PSIQUICAS, SUEÑO, EPILEPSIA ETC.

SINTOMAS GENERALES.- FIEBRES, SUDORES, ADINAMIA, -  
ENFLAQUECIMIENTO, Y OTROS SIGNOS SINTOMAS QUE NO -  
PUEDAN DAR CALVE DE UNA ENFERMEDAD.

**3.- RECURSOS TERAPEUTICOS EMPLEADOS Y RESULTADOS -  
OBTENIDOS**

DE GRAN UTILIDAD ES ESTA INVESTIGACION, YA QUE EL  
FRACASO DE DETERMINADO MEDICAMENTO NOS PUEDE DAR -  
LA CLAVE PARA ADOPTAR OTRO DE MAYOR EFECTIVIDAD.

ANTECEDENTES PERSONALES Y COSTUMBRES.- ESTO ENCIE  
RRA LAS ENFERMEDADES ANTERIORES, LOS LUGARES EN -  
QUE SE HA HABITADO, EL GENERO DE VIDA, PROFESION -  
Y COSTUMBRES Y EDAD.

ES MUY IMPORTANTE TRATAR EL GENERO DE VIDA QUE  
HA LLEVADO UNA PERSONA, SU ALIMENTACION Y SI ESTA-

HA SIDO DE TIPO BLANDA O DURA.

LAS ENFERMEDADES ANTERIORES SON DE GRAN IMPORTANCIA PUES PROBABLEMENTE SIGAN SIENDO ACTUALES POR SU NATURALEZA CRONICA.

LOS LUGARES EN QUE SE HA RESIDIDO SON DE GRAN IMPORTANCIA PARA EL ODONTOLOGO POR LOS TIPOS DE AGUA EXISTENTES EN LA REPUBLICA MEXICANA.

LA PROFESION U OFICIO SON MUY IMPORTANTES PUES HAY ENFERMEDADES CAUSADAS POR LA OCUPACION DE LA PERSONA.

TAMBIEN HAY QUE INVESTIGAR LAS COSTUMBRES QUE TENGAN UN INTERES CLINICO ODONTOLOGICO, YA POR SU FRECUENCIA E IMPORTANCIA QUE DESDE EL PUNTO DE VISTA PATOLOGICO TIENEN, ENTRE OTRAS COSAS DEBE PREGUNTARSE A LA PERSONA SI ES AFECTA A FUMAR.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS..- SON LAS ENFERMEDADES QUE HAN SUFRIDO LOS ASCENDIENTES DEL ENFERMO LA IMPORTANCIA DE ESTA INVESTIGACION ESTIBA EN LA PATOLOGIA HEREDITARIA.

I N S P E C C I O N .- SE LE DA EL NOMBRE DE INSPECCION A LA EXPLORACION QUE SE EFECTUA POR MEDIO DE LA VISTA.

LA INSPECCION QUE SE REALIZA EN ODONTOLOGIA, ES INSTRUMENTAL, SE DEBE ILUMINAR COMPLETAMENTE EL

EL CAMPO A INSPECCIONAR, EL PACIENTE DEBE DE COLOCARSE EN POSICION COMODA EL TIEMPO POSIBLE.

POR MEDIO DE LA INSPECCION SE PUEDEN OBTENER DATOS COMO: SITIO, POSICION, VOLUMEN, FORMA, ESTADO DE LA SUPERFICIE Y MOVIMIENTOS.

P A L P A C I O N. - LA PALPACION ES LA EXPLORACION POR MEDIO DEL SENTIDO DEL TACTO. LA PALPACION PUEDE SER DIGITAL Y EN OCASIONES INSTRUMENTAL

LOS DATOS OBTENIDOS POR LA PALPACION SON LOS MISMOS SOLO QUE AGREGAMOS OTROS COMO LO SON LA CONSISTENCIA, DOLOR Y TEMPERATURA.

P E R C U S I O N. - LA PERSUCION ES EL PROCEDIMIENTO DE EXPLORACION QUE CONSISTE EN DAR GOLPECILLOS CON EL OBJETO DE PRODUCIR RUIDOS, DOLOR O PROVOCAR MOVIMIENTOS.

A U S C U L T A C I O N. SE LLAMA AUSCULTACION A EXPLORACION QUE SE HACE POR MEDIO DEL OIDO. EN ODONTOLOGIA ES IMPORTANTE PUES UNA PERSONA QUE NOS LLEGA CON TOS PERSISTENTE O CON HIPO ES HASTA CIERTO PUNTO IMPOSIBLE TRATARLA.

PUNCIÓN EXPLORADORA. ES UN PROCEDIMIENTO QUE CONSISTE EN PICAR CON UNA AGUJA MONTADA EN UNA JERINGA, PARA CERCIORARSE DE LA EXISTENCIA DE LIQUIDO PATOLOGICO EN LA CAVIDAD BUCAL .

EXAMENES DE LABORATORIO. - ES EL CONJUNTO DE EXAMENES QUE SE HACEN DE LOS PRODUCTOS DEL PACIENTE Y SE REALIZAN EN EL LABORATORIO.

EL ODONTOLOGO PUEDE EXIGIR DICHOS EXAMENS - SIEMPRE Y CUANDO VAYA A REALIZAR UNA INTERVENCION - QUE ASI LO REQUIERA Y SOBRE TODO EN PERSONAS QUE SE SUSPECHE QUE TIENEN UNA ENFERMEDAD QUE PUEDA COMPLICARNOS LA INTERVENCION.

RADIOGRAFIAS. - ES UN MEDIO SUMAMENTE IMPORTANTE PARA DETECTAR EN NUESTRO CASO LAS POSICIONES EN QUE SE ENCUENTRAN COLOCADOS LOS MOLARES A TRATAR . ES CONVENIENTE QUE PARA CADA TRATAMIENTO DE EXTRACCIONES SE RADIOGRAFIE EL DIENTE.

C A P I T U L O VI

## INSTRUMENTAL.

EL INSTRUMENTAL QUE SE UTILICE EN CUALQUIER INTERVENCION QUIRURGICA DEBE ESTAR COMPLETAMENTE ESTERILIZADO Y EL QUE GENERALMENTE SE UTILIZA EN ODONTOLOGIA ES EL SIGUIENTE:

- A).- COMPRESAS ESTERILIZADAS
- B).- PINZAS HEMOSTATICAS
- C).- CUBETAS DE METAL PARA AGUA ESTERILIZADA
- CH).- VASOS PARA SOLUCIONES MEDICINALES
- D).- HISOPOS
- E).- CUBETA RIÑONERA
- F).- ABREBOCAS
- G).- PINZAS PARA GASA O ALGODON
- H).- EYECTOR
- I).- ELEVADORES O ROTADORES
- J).- SUTURAS
- K).- PORTAAGUJAS Y AGUJAS APROPIADAS
- L).- MARTELLOS Y ESCOPILOS
- ML).- PINZAS GUBERNAS
- M).- LIMAS PARA HUESO
- N).- FISTULA
- N).- FORSNER
- O).- TIJERAS
- P).- TIJERAS RECTAS



- Q) .- CURETAS
- R) .- FRESAS QUIRURGICAS
- S) .- LEGRAS, PERIOSTOMOS, O ESPATULAS RO  
MAS
- T) .- AGUJAS PARA SUTURAR
- U) .- SEPARADORES DE TEJIDOS BLANDOS.

CREO CONVENIENTE HACER UNA SENCILLA MENCION -  
DEL FUNCIONAMIENTO DE CADA MATERIAL E INSTRUMENTAL  
QUIRURGICO.

A) .- COMPRESAS ESTERILIZADAS. - ES UNA GASA O-  
LIENZO DOBLADO VARIAS VECES. ESTA COMPRESA ESTA ES  
TERELIZADA Y EMBEBIDA EN UN MEDICAMENTO Y SE APLI-  
CA SOBRE UNA PARTE HERIDA O LESIONADA, SU FUNCION-  
ES OPRIMIR.

B) .- PINZAS HEMOSTATICAS. - SON LAS QUE VAN A-  
ESTAR DEDICADAS A AYUDAR A DETENER UNA HEMORRAGIA.  
SU FUNCION ES ASIR UNA TORUNDA Y HUMEDECERLA CON -  
CONSTRICTORES COMO LA ADRENALINA, DESPUES COLOCAR-  
LO EN LA HERIDA.

C) .- CUBETAS DE METAL PARA AGUA ESTERILIZADA-  
ESTA SE UTILIZA PARA CONTENER EL AGUA ESTERILIZADA  
CON LA QUE SE LE LAVARA LA CARA AL PACIENTE.

CH) .- VASOS PARA SOLUCIONES MEDICINALES. SE -  
DEBEN TENER A LA MANO YA QUE EN MUCHAS OCASIONES -  
VAN A SERVIRNOS EN EL PRE Y POSTOPERATORIO.

# TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

-39

D).- HISOPOS.- SON VARILLAS DE MAS O MENOS -  
15 cms., EN CUYA EXTREMIDAD SE ENROJOYA UNA PE-  
QUEÑA CANTIDAD DE ALGODON QUE SE IMPREGNA DE SUSTAN-  
CIA MEDICAMENTOSA PARA SER LLEVADAS A LAS PARTES -  
PROFUNDAS DE LA BOCA.

E).- CUBETA RINONERA.- ESTA SE VA A UTILIZAR-  
PARA COLOCAR LOS DIENTES EXTRAIDOS ASI COMO SECRE-  
CIONES.

F).- ABREBOCAS.- PUEDEN SER RECTOS O CURVOS -  
Y ESTAN DESTINADOS A SEPARAR LAS MANDIBULAS PARA -  
FACILITAR LAS MANIOBRAS QUIRURGICAS.

G).- PINZAS PARA GASA O ALGODON.- SON NECESA-  
RIAS PARA HACER LA ASEPSIA Y LIMPIAR EL CAMPO OPE-  
RATORIO DE LA SANGRE QUE SUELE OBSTRUIRLO.

H).- EYECTOR.- ES UN APARATO PEQUEÑO DE FORMA  
CURVA QUE ESTA DESTINADO A EXTRAER LA SALIVA, LA -  
SANGRE O CUALQUIER OTRO LIQUIDO DE LA CAVIDAD BU -  
CAL.

I).- ELEVADORES O BOIADORES.- SE UTILIZAN PA-  
RA LUXAR EL DIENTE O EXTRAER RESTOS RADICULARES O -  
SEPARAR EL TEJIDO CONJUNTIVO. ESTA COMPUESTO POR -  
TRES PARTES QUE SON EL MANGO, EL TALLO Y LA HOJA -

J).- SUTURAS.- SON MUY IMPORTANTES PORQUE LAS  
UTILIZAMOS EN MUCHAS INTERVENCIONES ODONTOLOGICAS-

SE USAN PARA MANTENR FIJOS LOS TEJIDOS GINGIVALES, QUE ESTAN TAN PROPICIOS A DESGARRARSE. ES CONVENIENTE ACTUAR CON LA CERTEZA QUE ESTAMOS DESARROLLANDO UNARTE QUE VA A REDUNRAR EN BENEFICIO O DAÑO DE UN SER HUMANO.

LA SUTURA PUEDE SER DE LINO, SEDA, DERMALON Y CATGUT.

K).- PORTAAGUJAS.- ES UNA PINZA QUE TOMA A LA AGUJA EN EL SENTIDO DE SU SUPERFICIE PLANA, Y LA GUIA EN SUS MOVIMIENTOS.

L).- MARTILLOS Y ESCOPILOS.- EN CIRUGIA BUCAL- ESTOS INSTRUMENTOS SE UTILIZAN PARA RESECAR EL HUESO, DIENTE, MOLAR RETENIDO. EL ESCOPILO ES UN INSTRUMENTO DE ACERO CORTANTE EN UNO DE SUS EXTREMOS- QUE PUEDE MANEJARSE A MANO O SER PERCUTIDO POR EL- MARTILLO.

LL).- PINZAS GUBIAS.- SE UTILIZA PARA EMPAREJAR LOS BORDES OSEOS Y LOS TABIQUES ES MAS COMUN- MENTE LLAMADO OSTEOTOMO O ALVEOLOTOMO, SON PINZAS- RECTAS O CURVAS, CON MORDIENTES REDONDEADOS Y CORTANTES.

M).- LIMAS PARA HUESO.- LAS MAS USADAS SON LAS ESCOFINAS, LAS USAMOS PARA QUITAR LAS ASPERAZAS DEL HUESO. LA PARTE ACTIVA ES DE FORMA VARIABLE GENERALMENTE CONVEXA Y CON RANURAS PROFUNDAS.-

N).- BISTURIES.- ES UN CUCHILLO RECTO O CURVO. LOS BISTURIES DESTINADOS A LA CAVIDAD BUCAL DEBEN SER DE HOJA CORTA PARA SALVOGUARDAR TEJIDOS BLANDOS. EL BISTURI CONSTA DE UN MANGO, UNA HOJA INTERCAMBIABLE Y SU FUNCION ES REALIZAR LAS INCISIONES NECESARIAS EN TEJIDOS BLANDOS.

N).- FORSEPS. INSTRUMENTO DE ACERO DESTINADO A LA EXTRACCION DE LOS DIENTES. FORMANDOSE POR TRES PARTES, UNA ACTIVA (BOCADO) Y UNA PASIVA QUE ES LA RAMA DEL FORSEPS Y LA CHARUELA QUE LE PERMITE EL MOVIMIENTO.

O).- LAS TIJERAS.- SE EMPLEAN PARA SECCIONAR LENGUETAS ASI COMO FESTONES GINGIVALES Y ENCIA. LAS TIJERAS DE NEWMAN SON TIJERAS RECTAS QUE SE ADAPTAN AL TRABAJO A REALIZAR ALCANZANDO LAS REGIONES DE DIFICIL ACCESO.

P).- TIJERAS RECTAS.- ESTAS SE UTILIZAN PARA SECCIONAR CICATRICES Y COLGAJOS Y TAMBIEN PARA RETIRAR LOS PUNTOS DE SUTURA.

Q).- CURETAS.- ESTAS SE UTILIZAN PARA LA ELIMINACION DE GRANULOMAS, QUISTES DE LA CAVIDAD OSEA O PARA LIMPIAR LOS ALVEOLOS EN CANINOS Y MOLARES RETENIDOS. EXISTE INFINITA VARIEDAD DE ESTOS INSTRUMENTOS LOS HAY CORTOS O ACODADOS CUYA PARTE ACTIVA PUEDE TENER FORMAS Y DIAMETROS DISTINTOS.

R).- FRESAS QUIRURGICAS.- ES UN INSTRUMENTO -  
 BASICO QUE SE VA A UTILIZAR CON EL TORNO DE ALTA -  
 O BAJA VELOCIDAD SEGUN SEA EL CASO Y EN CIRUGIA SE  
 UTILIZARA FRESA DE BOLA PARA CORTAR HUESO LA DE FI  
 SURA TAMBIEN SE USA Y CADA UNA SE UTILIZARA EN EL  
 MOMENTO OPORTUNO Y SEGUN LAS NECESIDADES.

S).- LEGRAS, PERIOSTOMOS O ESPATULAS.- EL DES  
 PRENDIMIENTO Y SEPARACION DE LA FIBROMUCOSA PRIMERA  
 MENTE ES INCIDIDA POR EL BISTURI, CON EL OBJETO -  
 DE PREPARAR LO QUE SE DENOMINA COLGAJO, SE EFECTUA  
 CON INSTRUMENTOS DE LOS CUALES EXISTEN VARIOS TI -  
 POS Y SE PUEDE EMPLEAR UNA PEQUEÑA LEGRA O PERIOS-  
 TOMO DE MEAD.

T).- AGUJAS PARA SUTURAR.- INSTRUMENTOS PUN -  
 ZANTE PROPIO PARA SUTURAR Y LAS AGUJAS PUEDEN SER  
 CORTAS O LARGAS.

U).- SEPARADORES DE TEJIDOS BLANDOS.- ENTRE -  
 ELLOS PODEMOS ENCONTRAR EL ESPEJO QUE TIENE DOS -  
 FUNCIONES, SEPARAR Y AMPLIAR LA VISUALIZACION DEL  
 CAMPO OPERATORIO.

V).- JERINGA.- ES UN INSTRUMENTO PORTATIL COM  
 PUESTO DE UN TUBO, QUE TERMINA EN UN CAÑON DELGADO  
 Y EN EL LLEVA UN CARTUCHO, Y EN LA JERINGA SE EMBO  
 NA LA AGUJA. EN LA ACTUALIDAD LAS AGUJAS MAS ACEP-  
 TADAS SON LAS DESHECHABLES.

C A P I T U L O VII

## TECNICAS DE ANESTESIA REGIONAL.

EL METODO MAS USADO EN LA ACTUALIDAD PARA EVITAR EL DOLOR AL HACER UNA INTERVENCION ODONTOLOGICA ES EL BLOQUEO DE LA VIA DE LOS IMPULSOS DOLOROSOS O TAMBIEN LLAMADO ANESTESIA LOCAL O REGIONAL

ESTE METODO CONSISTEN EN DEPOSITAR UNA SOLUCION ANESTESICA EN LA PROXIMIDAD DE UN NERVI O FIBRAS NERVIOSAS DETERMINADAS. EL ANESTESICO LOCAL SE DIFUNDIRA EN LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES, ENTRARA EN CONTACTO CON EL NERVI E IMPEDIRA QUE TRANSMITA IMPULSOS.

EL EXITO DE ESTE METODO DE CONTROL DEPENDE DE LA HABILIDAD DEL DENTISTA Y DE LOS CONOCIMIENTOS NEUROANATOMICOS DE LA REGION A ANESTESIAR.

LAS TECNICAS QUE UTILIZAREMOS SERAN INTRAORALES.

### BLOQUEO DEL NERVI MAXILAR SUPERIOR

NERVIOS ANESTESIADOS.- TODO EL NERVI MAXILAR SUPERIOR Y SUS SUBDIVISIONES PERIFERICAS.

#### ZONA ANESTESIADA:

- A).- DIENTES MAXILARES DEL LADO ANESTESIADO
- B).- HUESO ALVEOLAR Y ESTRUCTURAS QUE LO CUBREN

- C).- PALADAR Y PARTES DEL VELO DEL PALADAR  
CH).- LABIO SUPERIOR, MEJILLA, COSTADO DE LA -  
NARIZ Y PARPADO INFERIOR.

**INDICACIONES:**

A).- CUANDO SE REQUIERE PARA CIRUGIA MAYOR LA ANESTESIA DE TODA LA DISTRIBUCION DEL NERVIIO MAXI -  
LAR.

B).- CUANDO LA INFECCION LOCAL U OTRAS CONDI-  
CIONES HACEN IMPOSIBLE EL BLOQUEO DE LAS DEMAS RA-  
MAS TERMINALES.

C).- PARA EL DIAGNOSTICO O TERAPEUTICA DE TICS  
O NEURALGIAS DE LA DIVISION DEL QUINTO PAR CRANEAL.

TECNICA:

DESCRIBIRE LA DEL CANAL PALATINO MAYOR:

SE PENETRA EN LOS CANALES PALATINOS MAYORES -  
YA SEA DERECHO O IZQUIERDO, ESTANDO EL DENTISTA -  
FRENTE Y A LA DERECHA DEL PACIENTE.

EL FORAMEN PALATINO MAYOR QUE ES LA ABERTURA-  
EN EL CANAL PALATINO MAYOR, ESTA SITUADO ENTRE EL-  
SEGUNDO Y TERCER MOLAR, A UN CENTIMETRO HACIA LA -  
LINEA MEDIA DEL PALADAR DESDE EL BORDE GINGIVAL PA  
LATINO. UNA LIGERA DEPRESION EN ESTA ZONA PUEDE -  
PALPARSE CONEL INDICE Y SERVIR COMO GUIA PARA UBI-  
CARSE DONDE ESTA EL FORAMEN PALATINO MAYOR.



EL TEJIDO QUE CUBRE ESTA ZONA DEBE ANESTESIARSE POR INFILTRACION, SE USA UNA AGUJA LARGA PARA LLEGAR AL FORAMEN PALATINO APICAL DESDE EL LADO OPUESTO, LA AGUJA PENETRA MUY LENTAMENTE EN EL CANAL A UNA PROFUNDIDAD NO MAYOR DE PULGADA Y MEDIA. DOS MILIMETROS DE SOLUCION SE INYECTAN EN ESTA ZONA, SIEMPRE LENTAMENTE, SIN HALLAR RESISTENCIA, SI HAY OBSTACULOS LA AGUJA SE RETIRA LEGERAMENTE Y VUELVE A PENETRAR LENTAMENTE.

SINTOMAS DE ANESTESIA:

A).- SUBJETIVOS.- ADORMECIMIENTO DEL LADO SUPERIOR Y COSTADO DE LA NARIZ. EN ALGUNOS CASOS, ANESTESIA DEL VELO PALADAR Y DE LA FARINGE, QUE PUEDEN PRODUCIR UNA SENSACION DE AMORDAZAMIENTO.

B).- OBJETIVOS.- ES NECESARIO RECURRIR A INSTRUMENTO PARA DEMOSTRAR LA AUSENCIA DE SENSACION DOLOROSA.

ANESTESIA INTRABUCAL DEL NERVI0 DENTARIO ANTERIOR.

NERVIOS ANESTESIADOS.- TODOS LOS NERVIOS Y RAMAS TERMINALES DEL DENTARIO INFERIOR.

ZONA ANESTESIADA:

A).- DIENTES DEL LADO ANESTESIADO

B).- HUESO ALVEOLAR

C).- MEMBRAMA, MUCOSA, Y TEJIDOS BLANDOS.

INDICACIONES:

- A).- INTERVENCION QUIRURGICA DE CIERTA IMPORTANCIA  
B).- EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES.

TECNICA DIRECTA.- LA AGUJA VA A SER LARGA Y -  
VA A PENETRAR EN EL CANAL DENTARIO INFERIOR POR UN  
ORIFICIO QUE SE ENCUENTRA EN LA RAMA DESCENDENTE.-  
ESTE ORIFICIO ESTA PROTEGIDO POR UNA LENGUETA LLA-  
MADA DE SPIX.

LA CABEZA DEL PACIENTE DEBE ESTAR HACIA ATRAS  
SE PALPA EL REBORDE CON EL DEDO INDICE, SE INTRO -  
DUCE UN CENTIMETRO DE LA AGUJA Y SE VA INCLINANDO-  
POCO A POCO HACIA EL LADO OPUESTO BUSCANDO LA MIS-  
MA DIRECCION HASTA LLEGAR A COLOCARSE A LA ALTURA-  
DE LOS PREMOLARES, DESPUES SE PROFUNDIZA LA AGUJA-  
HASTA TOCAR HUESO, DESPUES SE COMPRUEBA SI LA AGU-  
JA NO ESTA EN UN VASO SANGUINEO, ESTO SE REALIZA -  
RETIRANDO EL EMBOLO DE LA JERINGA Y COMPROBAR SI -  
NO TIÑE DE ROJO.

EN OCASIONES LA ANESTESIA ACTUA DE INMEDIATO-  
Y EN OTRAS TARDA DE 10 A 15 MINUTOS.

SINTOMAS DE ANESTESIA.

- A).- SINTOMAS SUBJETIVOS.- EL PACIENTE SENTIRA  
HORMIGUEO Y ADORMECIMIENTO DE LA REGION.

B).- SINTOMAS OBJETIVOS.- SE REALIZARA CON -  
FUNCION MEDIANTE UN INSTRUMENTO EXPLORADOR.

ANESTESICOS LOCALES.

LOS ANESTESICOS LOCALES SON DROGAS QUE CUANDO  
SE ABSORBEN POR EL NERVILO INTERRUPTEN TEMPORALMENTE  
SU CONDUCCION.

PROPIEDADES DE UN ANESTESICO LOCAL.

- 1.- DEBE TENER POTENCIA SUFICIENTE PARA LOGRAR ANES-  
TESIAR
- 2.- SU ACCION DEBE SER REVERSIBLE
- 3.- DEBE TENER BAJO GRADO DE TOXICIDAD.
- 4.- NO DEBE IRRITAR LOS TEJIDOS NI PRODUCIR REAC --  
CION LOCAL SECUNDARIA.
- 5.- DEBE SER DE ACCION RAPIDA Y DURACION ANESTESI-  
CA PROLONGADA.
- 6.- DEBE TENER SUFICIENTES PROPIEDADES PENETRANTES  
PARA SER EFICAZ COMO ANESTESICO TOPICO.
- 7.- DEBE ESTAR RELATIVAMENTE EXENTO DE REACCIONES-  
ALERGICAS O INDIVIDUALES.
- 8.- DEBE PERMANECER ESTABLE EN SOLUCION.
- 9.- DEBE SER ESTERIL O ESTERILIZADO POR EL CALOR.

NINGUN ANESTESICO LOCAL EN USO ACTUALMENTE --  
LLENA LOS REQUISITOS DE LA PERFECCION, ESPECIALMEN-  
TE EN LO QUE SE REFIERE A LA DURACION DE SU ACCION

XILOCAINA (LIDOCAINA) Y CITANEST (PRILOCAINA)  
SON LAS SOLUCIONES QUE TIENEN PROPIEDADES PARA HACER UNA CORRECTA SELECCION DE LA ANESTESIA Y OBTENER EL MAXIMO EXITO EN LA TECNICA ANESTESICA.

AMBAS DROGAS TIENEN PROPIEDADES SEMEJANTES, - ALTA INCIDENCIA DE ANESTESIA SATISFACTORIA; SIN EMBARGO HAY UNA DIFERENCIA MUY IMPORTANTE EN CUANTO A DURACION DE LA ANESTESIA Y LA TOXICIDAD, YA QUE EN RELACION EL CITANEST TIENE UNA DURACION MAYOR Y SU TOXICIDAD ES 30% MENOR, QUE LA XILOCAINA.

EL CITANEST ES MENOS VASODILATADOR QUE LA XILOCAINA.

VASOCONSTRICTORES.- SON AGENTES MEDICAMENTOSOS QUE APLICADOS LOCALMENTE O INTRODUCIDOS EN EL ORGANISMO, TIENEN LA PROPIEDAD DE CONTRAER LAS PAREDES VASCULARES.

EN ODONTOLOGIA LAS CUATRO DROGAS MAS UTILIZADAS SON:

- A).- EPINEFRINA (ADRENALINA, ADRENINA, SUPRARENINA, SUPRANOL).
- B).- LEVOFEST (1.- NORADRENALINA, 1.- EPINEFRINA, LAVOARTENOL).
- C).- COBEFRIN (CORBASIL, CORDEFIN, ).

CH).- NEOSINEFRINA (FENILEFRINA, METASINEFRINA,).

### ACCIDENTES Y COMPLICACIONES ANESTESICAS.

DURANTE LAS APLICACIONES DE LA ANESTESIA O POSTERIORMENTE SUELEN PRESENTARSE UNA SERIE DE ACCIDENTES.

TOXICIDAD.- ES UNA SOBREDOSIS DE ANESTESIA QUE AFECTA AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, AL RESPIRATORIO Y AL CIRCULATORIO.

MANIFESTACIONES DE LA TOXICIDAD.- TEMBLOR, PALPITACIONES, DOLOR DE CABEZA, INQUIETUD E HIPERTENSION, CON TAQUICARDIA Y EN ALGUNOS CASOS CON BRADICARDIA.

CUANDO APARECEN LOS SINTOMAS DE LA SOBREDOSIS TOXICA DEBEN RECONOCERSE DE INMEDIATO. ESTO SIGNIFICA QUE SE HA DE OBSERVAR AL PACIENTE ATENTAMENTE DURANTE LA INYECCION Y EN UN LAPSO RAZANABLE DESPUES DE ESTA.

EN LA INMENSA MAYORIA DE LOS CASOS LAS MANIFESTACIONES DE SOBREDOSIS SON INMEDIATAS, LIGERAS Y TRANSITORIAS Y NO SE NECESITA TRATAMIENTO DETERMINADO SIN EMBARGO SI EL PACIENTE LO REQUIERE SE ADMINISTRARA UN BARBITURICO INTRAVENOSO APLICADO -

LENTAMENTE HASTA QUE EL PACIENTE SE CONTROLE Y COMO EJEMPLO DE BARBITURICOS TENEMOS EL FENOBARBITAL O EL SECONAL Y SIEMPRE SE DEBE TENER UN TANQUE DE OXIGENO POR SI EL CASO LO AMERITA.

DOLOR PERSISTENTE;- EXISTE UN DOLOR PERSISTENTE PERO ESTO ES CONSECUENCIA DE QUE SE UTILIZO AGUJA SIN FILO QUE DESGARRAN LOS TEJIDOS PRODUCIENDO DOLOR POR UNO O VARIOS DIAS.

LIPOTIMIA.- ES ORIGINADA EN LA MAYORIA DE LOS CASOS POR MIEDO A LA OPERACION Y PUEDE SER DE INTENSIDAD VARIABLE.

LA LIPOTIMIA ES LA PERDIDA MOMENTANEA DE LOS SENTIDOS Y DE MOVIMIENTO. ENTRE LOS SINTOMAS TENEMOS EL DE QUE EL ROSTRO PALIDECE Y LA RESPIRACION Y LA CIRCULACION SE SEMIOBSTACULIZAN.

EN CIRUGIA ODONTOMAXILAR SE SUELE PRESENTAR ESTA COMPLICACION, SOBRE TODO EN EL CURSO DE LA ANESTESIA LOCAL. TAN PRONTO APAREZCAN LOS PRIMEROS SINTOMAS DEBE FACILITARSE LA CIRCULACION PERIFERICA, ES DECIR SE HARAN AFLOJAR TODAS LAS LIGADURAS QUE PUEDEN OPRIMIR LOS VASOS SUPERFICIALES. INMEDIATAMENTE DESPUES SE RECLINA EL RESPALDO DEL SILLON DENTAL O LA MESA DE OPERACIONES PONIENDO AL PACIENTE EN POSICION DE TRENDELENBURG Y SI EL CASO ES AMERITORIO SE INYECTARA POR VIA INTRAMUSCULAR

**VASOCONSTRICTORES DEL TIPO DE LA CORAMINA.**

CONTAMINACION DE AGUJAS.- LA CONTAMINACION DE AGUJAS ES FRECUENTE Y TRAE COMO RESULTADO UNA INFECCION LEVE O INTENSA O SEA QUE PUEDE ABARCAR UNICAMENTE LOS TEJIDOS PERIODONTALES O LLEGAR A TEJIDOS DUROS.

LA CONTAMINACION DE AGUJAS SE DEBE A LA MALA ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL O AL DESCUIDO DEL DENTISTA.

AGUJAS ROTAS.- LA RUPTURA DE AGUJAS ES UNA DE LAS COMPLICACIONES MAS ENOJOSAS Y DEPRIMENTES EN LA ANESTESIA REGIONAL PERO TAMBIEN ES UNA DE LAS MAS FACILES DE EVITAR USANDO AGUJAS DE BUENA CALIDAD Y EN BUENAS CONDICIONES.

EDEMA.- ES GENERALMENTE UN SINTOMA Y RARAMENTE UNA ENTIDAD. EL TRAUMA, LA INFECCION, LA ALERGIA, LA HEMORRAGIA, Y OTROS FACTORES PUEDEN PRODUCIR EDEMA.

HEMATOMA .- LA PUNCION DE UN VASO SANGUINEO ORIGINA UN DERRAME DE INTENSIDAD VARIABLE SOBRE LA REGION INYECTADA.

EL HEMATOMA ES UNA COMPLICACION COMUN DE LA ANESTESIA REGIONAL INTRAORAL, ES UNA EFUSION DE SANGRE EN LOS TEJIDOS, COMO RESULTADO DE PUNZAR UN VASO. PRACTICAMENTE TODOS LOS HEMATOMAS SON RESULTADO

TADOS DE UNA TECNICA INADECUADA. LOS HEMATOMAS PRO  
DUCIDOS POR INSERCIÓN DE UNA AGUJA NO TIENEN MAS -  
SECUELA QUE INCONVENIENTES PARA EL PACIENTE CON -  
PEQUEÑOS DOLORES.

MASTICACION DEL LABIO.- ES UNA COMPLICACION QUE GE  
NERALMENTE SUELE PRESENTARSE EN LOS NIÑOS; SE DEBE  
AL EMPLEO DE ANESTESICOS DE LARGA DURACION EMPLEA-  
DOS EN ESTOS PACIENTES.

LOS EFECTOS RESULTANTES A POSTERIOR PUEDEN -  
SER DESAGRADABLES TANTO PARA EL PACIENTE COMO EL -  
DENTISTA. POR ESO CUANDO EL PACIENTE SALE CON MUCHO  
ANTES DE LO PREVISTO DEL CONSULTORIO DEL DENTISTA-  
DEBE HACERLE AL PACIENTE CIERTAS RECOMENDACIONES -  
O COLOCARLE UN ALGODON E INDICARLE EL TIEMPO EN -  
QUE SE LO DEBE QUITAR PARA EVITAR LA MASTICACION -  
DEL LABIO.

PARALISIS FACIAL.- GENERALMENTE ESTE ACCIDENTE OCU  
RRE DURANTE LA ANESTESIA TRONCULAR? CUANDO SE HA -  
LLEVADO LA AGUJA POR DETRAS DEL BORDE PAROTIDEO -  
DEL HUESO. INYECTANDO POR EQUIVOCACION EN LA GLAN-  
DULA PAROTIDA. LOS SINTOMAS SON CAIDA DEL PARPADO,  
E INCAPACIDAD DE OCLUSION OCULAR, ADEMAS DE LA CAI  
DA Y DESVIACION DE LOS LABIOS. ES UN ACCIDENTE -  
ALARMANTE DEL CUAL EL PACIENTE NO SE DA CUENTA, -  
PERO EL DENTISTA SI LO ADVIERTE.



TRATAMIENTO. - LA PARALISIS FACIAL DURA EL TIEMPO QUE PERSISTE LA ACCION DE LA ANESTESIA NO REQUIERE DE NINGUN OTRO TRATAMIENTO ESPECIFICO.

INYECCION DE LAS SOLUCIONES ANESTESICAS EN LOS ORGANOS VECINOS. - ES UN ACCIDENTE NO MUY COMUN. EL LIQUIDO PUEDE INYECTARSE EN LAS FOSAS NASALES, DURANTE LA ANESTESIA DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR NO ORIGINANDO INCONVENIENTES.

LA INYECCION EN LA ORBITA DURANTE LA ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTARIOS INFERIORES O DEL MAXILAR SUPERIOR PUEDE TRAER COMO CONSECUENCIA UNA DIPLOPIA (VISION DOBLE DE LOS OBJETOS), EXFORIA (FALTA DE PARALELISMO ENTRE LOS EJES VISUALES), QUE DURAN EL MISMO TIEMPO QUE EL EFECTO ANESTESICO. NO REQUIERE DE NINGUN TRATAMIENTO.

LA INYECCION AL TRAVES DEL AGUJERO OVAL EN LA CAVIDAD CRANEANA ES EN LA ANESTESIA DEL TRIGEMINO-UN ACCIDENTE RARO Y SERIO.

INFECCIONES EN EL LUGAR DE LA PUNCION. - LAS INFECCIONES EN LA MUCOSA BUCAL PUEDEN ACOMPAÑARSE DE PROCESOS INFECCIOSOS A SU NIVEL.

LA INFECCION SEPTICA A NIVEL DE LA ESPINA DE-SPIX OCASIONA TRANSTORNOS MAS SERIOS, ABSCESOS, FIEBRE, TRISMUS Y DOLOR.

**TRATAMIENTO.-** CONSISTE EN APLICACION DE AN -  
TIBIOTICOS Y EN CASO DE NO CEDER SE REALIZARA UNA  
INTERVENCION QUIRURGICA.

EL TRISMUS DEBE SER TRATADO MEDIANTE UN ABRE  
BOCAS QUE SE COLOCA DEL LADO OPUESTO AL DE LA INFECCION.

TRISMUS MUSCULAR.- ES UNA COMPLICACION COMUN  
EN LA ANESTESIA REGIONAL Y LA CAUSA ES EL TRAUMA DE  
UN MUSCULO MASTICATORIO DURANTE LA INSERCCION DE LA  
AGUJA. LAS SOLUCIONES IRRITANTES? LA HEMORRAGIA O  
UNA INFECCION EN UN MUSCULO PUEDEN CAUSAR TAMBIEN  
DISTINTOS GRADOS DE TRISMUS.

SHOCK. ES UN ESTADO DE CONMOCION DE INTEN -  
SIDAD VARIABLE QUE PUEDE SER DE CORTA DURACION, PA  
SANDO SIN DEJAR RASTROS O TARDAR UN TIEMPO LARGO Y  
TERMINAR CON LA MUERTE.

SINTOMAS DEL SHOCK.- PULSO DEBIL, MOVIMIENTOS  
RESPIRATORIOS LENTOS Y REGULARES QUE SE HACEN LUE  
GO ANSIOSOS Y ESPACIADOS, LOS REFLEJOS DESAPARECEN  
LA PIEL SE HUMEDECE Y EL PACIENTE SE QUEJA DE IN -  
TENSO FRIO. POCO DESPUES PIERDE TOTALMENTE EL CONO  
CIMIENTO Y SE OCULTAN LAS SENSACIONES. EN ESTE -  
MOMENTO LA PALIDEZ DE LA CARA ES CADAVERICA, Y LOS  
GLOBULOS OCULARES SE CARACTERIZAN POR SU ESTADO DE  
FIJACION.

TRATAMIENTO.- POSICION DE TRENDELEBURG, AFLOJAMIENTO DE TODAS LAS PRENDAS QUE OPRIMAN EL CUERPO HUMANO, SE APLICARAN COMPRESAS DE AGUA FRIA EN LA FRENTE, SE PROPORCIONARA AIRE AL PACIENTE Y SI EL CONSULTORIO TIENE ACONDICIONAMIENTO DE TANQUE DE OXIGENO SE RECURRIRA A ELLO, TAMBIEN SE INYECTARA GRANDES CANTIDADES DE LIQUIDOS POR VIA ENDOVENOSA, HIPODERMICA O RECTAL.

SINCOPE.- EL COLAPSO O SINCOPE ES PROBABLEMENTE LA COMPLICACION MAS FRECUENTE ASOCIDO A LA ANESTESIA LOCAL EN EL CONSULTORIO DENTAL.

EL SINCOPE ES UNA FORMA DE SHOCK NEUROGENO CAUSADO POR ANEMIA CEREBRAL SECUNDARIA.

EL SINCOPE NO ESTA SIEMPRE ASOCIADO A LA PERDIDA DE CONCIENCIA YA QUE UNA PERSONA PUEDE SENTIR DESFALLECIMIENTO Y NAUSEAS AUNQUE CONSERVE EL DOMINIO DE LOS SENTIDOS.

OTRO DE LOS SIGNOS ES LA PALIDEZ INTENSA.

TRATAMIENTO.- SE AFLOJAN LAS PRENDAS QUE OPRIMAN CIERTAS PARTES DEL CUERPO DEL PACIENTE, SE COLOCA EN POSICION DE TRENDELEBURG Y SE DA VENTILACION ADECUADA Y SI ES POSIBLE OXIGENACION.

C A P I T U L O    V I I I .

TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES.

LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS ES UN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO COMPLICADO QUE INCLUYE LOS TEJIDOS BLANDOS, MUSCULOS Y PARTE DEL HUESO.

LA ZONA DE OPERACION ES MUY RESTRINGIDA Y POR LO TANTO DE DIFICIL ACCESO, ESTA MUY VASCULARIZADA E INUNDADA CONSTANTEMENTE POR SALIVA, LO CUAL HACE NECESARIO EL USO DEL APARATO ASPIRADOR.

PARA LA REALIZACION DE UNA EXTRACCION DE UN TERCER MOLAR RETENIDO DEBE HABER PRIMERAMENTE UN PLANEAMIENTO BASANDOSE EN LAS RADIOGRAFIAS QUE NOS AYUDARAN A CLASIFICAR LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS, TAMBIEN DEBEMOS ESTUDIAR LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS QUE RODEAN EL SITIO DE INTERVENCION. ASI PODRA DETERMINARSE LA TECNICA MAS ADECUADA A SEGUIR SEGUN LAS NECESIDADES.

TECNICA DE COLGAJO DE TEJIDOS BLANDOS:

INDICACIONES: - LAS EXTRACCIONES QUE SE REALIZAN CON LA TECNICA DE COLGAJO SE UTILIZA EN:

A) - EXTRACCIONES MULTIPLES.

- B).- RESTOS RADICULARES
- C).- HIPERCEMENTOSIS
- CH) RAICES CONVERGENTES
- D).- RAICES DIVERGENTES
- E).- INCLUSIONES O RETENCIONES
- F).- MALPOSICIONES

PASOS A SEGUIR PARA LA EXTRACCION POR COLGAJOS:

- 1.- INCISION
- 2.- PREPARACION DEL COLGAJO
- 3.- OSTEOTOMIA
- 4.- EXTRACCION
- 5.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD
- 6.- SUTURA.

INCISION.- TIENE COMO PROPOSITO LLEGAR A PLANOS MAS PROFUNDOS PARA LO CUAL UTILIZAREMOS UN BISTURI CON HOJA CORTA. SE DELINEARA LA INCISION SIN QUE HAYA LINEAS SECUNDARIAS PARA OBTENER UNA BUENA VISUALIZACION. LA INCISION DEBERA SER ENERGETICA HASTA QUE SE ENCUENTRE LA SENSACION DE HUESO. LA LONGITUD ESTARA DADA POR EL TIPO DE RETENCION PERO GENERALMENTE UN COLGAJO DEBERA SER AMPLIO DE BASE.

PREPARACION DE LOS COLGAJOS.- HECHA LA INCISION HAREMOS USO DEL PERISTOTOMO O UNA LEGRA PEQUENA, INTRODUCIENDOLA DESDE DISTAL HASTA MESIAL SE HARAN MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD Y GIRO DEL INSTRU

MENTO DE MANERA QUE SE DESPEGUE EL PERIOSTIO DE LA SUPERFICIE OSEA.

OSTEOTOMIA.- SE REALIZA POR MEDIO DE UN CINCEL O ESCOPLLO, PINZAS CUBIAS O FRESAS QUIRURGICAS- Y CONSISTE EN LA ELIMINACION DEL HUESO QUE CUBRE,- PROTEGE O ALOJA AL TERCER MOLAR.

EXTRACCION.- POR MEDIO DE ELEVADORES RECTOS- SE REALIZARA LA EXTRACCION.

CLASE 1. SE UTILIZARAN FORSEPS.

LA EXTRACCION SE REALIZARA SIN EXCESOS DE FUERZA, PARA NO TRAUMATIZAR NI CAUSAR DOLORES, MOLESTIAS Y RETARDO DEL TIEMPO DE CICATRIZACION.

EN CASOS QUE LO AMERITE SE UTILIZARA LA ODONTOSECCION YA QUE TIENE VENTAJAS COMO POR EJEMPLO NO FRACTURAR LA MANDIBULA, PREVENCION DE LAS TABLAS ALVEOLARES EXTERNA E INTERNA, NO LESIONAR EL NERVI0 DENTARIO, ACORTA EL TIEMPO OPERATORIO.

LA ODONTOSECCION SE PODRA REALIZAR CON ESCOPLLO O FRESAS QUIRURGICAS.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD:

- 1.- SE REALIZARA CON CUCCHARILLAS FILOSAS PARA LA ELIMINACION DE QUISTES DENTIGEROS QUE CUBREN EL TERCER MOLAR.
- 2.- ELIMINACION DE RESTOS OSEOS CON LIMAS.
- 3.- LAVADO CON SOLUCION ESTERIL MEDIANTE UNA IRRIGACION.

4.- LLENADO DE LA CAVIDAD CON EL COAGULO. SI NO -  
LO HAY LLENAR CON MATERIAL REABSORBIBLE POR -  
EJEMPLO YESO ESTERILIZADO O ALVOSIL.

SUTURA. - SE ADAPTA CON TODO CUIDADO EL PERIOS  
TIO Y SE VUELVE EL COLGAJO A SU SITIO, EL CIRUJANO  
TOMA LA AGUJA CON EL PORTAAGUJAS Y CON UNA AGUJA -  
CURVA Y CATGUT SE REALIZA LA SUTURA ATRAVESANDO -  
PRIMERO EL COLGAJO LINGUAL Y LUEGO EL BUCAL.

EN LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES LA TECNICA  
ES SINONIMA UNICAMENTE QUE EN ESTOS LA INCISION SE  
CONTINUA DESDE EL SEGUNDO MOLAR HACIA ATRAS; DIVI-  
DIENDO LA TUBEROSIDAD.



TECNICA DEL DOCTOR HENRY B. CLARK.

TERCEROS MOLARES INFERIORES. SEPARANDO EL CARRILLO CON UN RETRACTOR SE HACEN LAS SIGUIENTES INCISIONES:

A).- UNA INCISION QUE CONTORNEA EL CUELLO DEL SEGUNDO MOLAR POR VESTIBULAR.

B).- UNA INCISION SOBRE EL REBORDE ALVEOLAR DESDE DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR HACIA LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA. ESTA DEBE REALIZARSE SOBRE LA CRESTA DEL REBORDE, PARA EVITAR LA LESION DEL NERVI Y ARTERIAS LINGUALES, APROXIMADAMENTE DOS CENTIMETROS HACIA LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR.

LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO.- REALIZAMOS NUESTRO LEGRADO COMENZANDO POR LA PARTE MAS BAJA DE NUESTRA INCISION VERTICAL, SE EFECTUA AQUI, YA QUE LA ADHERENCIA DE LOS TEJIDOS NO ES MENOR.

RETRAIDO EL COLGAJO PROCEDEMOS A REALIZAR CON UN SEPARADOR AGUJEROS CON FRESA QUIRURGICA DE BOLA EN LA ZONA DONDE ESTA LA CORONA, CUIDANDO DE NO DAÑAR LA RAIZ DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR. EL CIRCULO DE AGUJEROS SERA MAYOR AL DIAMETRO DE LA CORONA PARA EVITAR EL ENSANCHAMIENTO DE ESTE.

POSTERIORMENTE UNIREMOS NUESTRAS PERFORACIONES Y ELIMINAREMOS HUESO.

CON FRESA TERMINAREMOS DE ELIMINAR OBSTACULOS OSEOS QUE PUEDAN INTERFERIR LA EXTRACCION.

HECHO ESTE PASO SE PUEDEN SEGUIR TRES CAMINOS:

A).- EXTRACCION DEL TERCER MOLAR ENTERO USANDO EL ELEVADOR.

B).- DIVISION DEL TERCER MOLAR CON FRESA QUIRURGICA.

C).- DIVISION DEL MOLAR CON ESCOPIO Y MARTILLO, SIENDO MAS CONVENIENTE CON FRESA QUIRURGICA.

SI HA QUEDADO UN APICE EN EL FONDO DEL ALVEOLO, DEBERA SER ELIMINADO POR MEDIO DE ASPIRACION. GENERALMENTE LA RAZ OFRECE RESISTENCIA, SE PUEDE USAR LA FRESA Y A CONTINUACION EL ELEVADOR.

CURETEAR EL ALVEOLO PARA ELIMINAR FRAGMENTOS Y TAMBIEN EL QUISTE EN DONDE ESTA ENVUELTO EL DIENTE.

EL ALVEOLOTOMO SE UTILIZARA CUANDO EL HUESO - SE ENCUENTRE EN GRAN CANTIDAD O TAMBIEN SE USA LA-LIMA PARA HUESO.

A CONTINUACION SE REALIZARA EL CONTROL DE LA-HEMORRAGIA.

SE REALIZARA UNA TOMA DE RADIOGRAFIAS POSTOPERATORIAS.

SUTURA.

TERCEROS MOLARES SUPERIORES. - LA INCISION ES IGUAL PARA LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES, SOLO QUE LA PORCION DISTAL DE LA MISMA SE CONTINUA DESDE EL SEGUNDO MOLAR HACIA ATRAS; DIVIDIENDO LA TUBEROSIDAD.

LAS PORCIONES BUCALES, DISTAL, OCLUSAL SE DESCUBREN CON LA FRESA QUIRURGICA, SE VA RESECANDO HUESO DE ATRAS HACIA ADELANTE.

EXTIRPADA LA SUFICIENTE CANTIDAD DE HUESO, SE COLOCA UN ELEVADOR TIPO PLANO INCLINADO, EN LA PARTE MESIAL DEL CUELLO INTRODUCIENDOLO ENTRE EL SEGUNDO Y TERCER MOLAR, CON UN LIGERO MOVIMIENTO, SE LUXA EL MOLAR HACIA ABAJO, AFUERA Y ATRAS.

NO DEBE EJERCERSE FUERZA HACIA ARRIBA, YA QUE HAY RIESGO DE QUE EL MOLAR SE DESPLASE HACIA EL SENO MAXILAR.

SI QUEDA ALGUN APICE, EL OPERADOR RECONOCERA QUE SU HABILIDAD NO ES LA SUFICIENTE PARA EXTRAERLO Y EN ESTOS CASOS ES PREFERIBLE QUE RECURRA A UN COLEGA ESPECIALIZADO Y EVITAR ASI COMPLICACIONES MAYORES. SI QUEDA TAN SOLO UN FRAGMENTO SE DEBE ESPERAR DOS DIAS QUE ES EL TIEMPO QUE SE LLEVA EL ORGANISMO EN EXPULSARLO.

POR ULTIMO SE SUTURAN LAS PORCIONES BUCAL Y DISTAL SIN DEJAR DRENAJE.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

DESPUES DE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR, EL TRATAMIENTO POSTOPERATORIO CONSISTE EN:

1.- EN RECETAR ANTIBIOTICOS PARA PREVENIR CUALQUIER TIPO DE INFECCION, ESTOS PUEDEN SER LA PENICILINA SODICA CRISTALINA A UNA DOSIS DE 50 000 M/KG. DE PESO, ADMINISTRANDOLA CADA SEIS HORAS DE DIA Y NOCHE.

2.- RECETAR ANALGESICOS PARA CALMAR EL DOLOR.

3.- RECETAR ANTIINFLAMATORIOS PARA REDUCIR EL PROCESO INFLAMATORIO POST-OPERATORIO.

4.- SE RECOMIENDA USAR BOLSAS DE HIELO EN LA REGION OPERADA DESPUES DE 10 MINUTOS, Y POR PERIODOS NO MAS LARGOS DE VEINTE MINUTOS YA QUE PUEDE PRODUCIR NECROSIS Y GANGRENA.

5.- A LAS VEINTICUATRO HORAS EMPLEAR CALOR SECO (COJIN ELECTRICO) 3 VECES AL DIA.

C A P I T U L O    I X

FACTORES QUE COMPLICARAN LA EXTRACCION QUIRURGICA-  
EN TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

- 1.- CURVATURA ANORMAL DE LOS LABIOS.
- 2.- HIPERCEMENTOSIS.
- 3.- PROXIMIDAD AL CONDUCTO DENTARIO.
- 4.- GRAN DENSIDAD OSEA ESPECIALMENTE EN LOS -  
ANCIANOS.
- 5.- ESPACIO POLICULAR LLENO DE HUESO. OBSERVA  
BLE CON MAYOR FRECUENCIA EN PACIENTES DE-  
MAS DE 25 AÑOS DE EDAD.
- 6.- ACCESO DIFICIL AL CAMPO OPERATORIO CAUSA-  
DO POR:
  - A).- MUSCULO ORBICULAR DE LOS LABIOS MUY-  
PEQUEÑO.
  - B).- INCAPACIDAD PARA ABRIR LA BOCA.
  - C).- LENGUA GRANDE E INCONTROLABLE.

FACTORES QUE COMPLICARAN LA EXTRACCION QUIRURGICA-  
DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

- 1.- PROXIMIDAD SENOS MAXILARES.
- 2.- UBICACION DEL TERCER MOLAR PARCIALMENTE--  
DENTRO DE LAS RAICES DEL SEGUNDO MOLAR -  
SUPERIOR O INEDIATAMENTE POR ENCIMA DE -  
ELLAS.

- 3.- FUSION DEL TERCER MOLAR CON LAS RAICES -  
DEL SEGUNDO MOLAR.
- 4.- CURVATURA RADICULAR ANORMAL.
- 5.- HIPERCEMENTOSIS.
- 6.- PROXIMIDAD AL HUESO CIGOMATICO DEL MAXI -  
LAR.

C A P I T U L O X



A C C I D E N T E S

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR.-  
ESTA FRACTURA ES INDUDABLEMENTE LA MAS PELIGROSA-  
DE LAS FRACTURAS PARCIALES, DEBIDO A LA PROXIMI-  
DAD DE ORGANOS IMPORTANTES COMO LA ARTERIA MAXI-  
LAR INTERNA CON SUS RAMAS PLEXO PTERIGOIDEO Y NER-  
VIOS DENTARIOS. ESTA FRACTURA PUEDE PRODUCIRSE -  
POR EL MAL EMPLEO DEL BOTADOR AL EXTRAER EL TER-  
CER MOLAR SUPERIOR O BIEN POR EL MOVIMIENTO DE -  
LUXACION DEL MISMO DIENTE, REALIZANDO LA EXTRAC-  
CION E INCLINANDOLO EXAGERADAMENTE HACIA AFUERA.

FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR.- ESTE ACCIDENTE ES  
FRECUENTE AL EXTRAER EL TERCER MOLAR INFERIOR POR  
LAS DIFICULTADES QUE PRESENTA Y POR NO ESTUDIAR -  
EL CASO PARA SECCIONAR EL DIENTE.

PENETRACION DE RAICES O DIENTES EN VIAS DIGESTI-  
VAS O AEREAS.- SE DAN CASOS DE ESTE ACCIDENTE Y -  
CUANDO EL DIENTE O LA RAIZ SE VA A LA FARINGE Y -  
QUEDA RETENIDA Y RETIRARLO CON INSTRUMENTO ESPE-  
CIAL O QUE PASE AL ESOFAGO Y AL ESOFAGO Y ELIMI-  
NARLO POR VIA NATURAL, PERO SI EL DIENTE SE VA A-  
LA LARINGE PUEDE QUE EXPECTORANDO SALGA PERO TAM-  
BIEN PUEDE SER QUE PASE A LA TRAQUEA O LLEGUE A -  
LOBULOS PULMONARES PRODUCIENDO BRONCONEUMONIA DE -  
PRONOSTICO SERIO.

PENETRACION DE DIENTES A SENO MAXILAR O A LA FOSA-PTERIGOMAXILAR. - CUANDO NO SE TIENE CUIDADO DE QUE EL ELEVADOR ESTE COLOCADO DEBAJO DE LA CORONA Y AL NIVEL DEL PUNTO DE LA VENTANA LABRADA EN EL HUESO, EL DIENTE RETENIDO ES EMPUJADO HACIA EL SENO MAXILAR O HACIA LA FOSA PTERIGOMAXILAR.

SI EL DIENTE ES INTRODUCIDO EN EL SENO MAXILAR SERA NECESARIO ABRIR POR ENCIMA DE LOS PREMOLARES PARA ELIMINAR EL DIENTE.

C A P I T U L O   X I

## C O N C L U S I O N E S .

ENTRE LAS CAUSAS DE RETENCION DE TERCEROS MOLARES TENEMOS LAS LOCALES Y LAS SISTEMICAS.

LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE DIENTES RETENIDOS GENERALMENTE SON: INFECCION, DOLOR, FRACTURAS, OTITIS, TINNITUS AURIUM Y AFECCIONES DE LOS OJOS.

LOS TERCEROS MOLARES ESTAN RELACIONADOS CON MUSCULOS, ARTERIAS, VENAS Y NERVIOS; EN CONSECUENCIA ESTOS PUEDEN TAMBIEN SER AFECTADOS.

PARA INICIAR UN BUEN TRATAMIENTO ACERCA DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS ES DE GRAN IMPORTANCIA REALIZAR LA HISTORIA CLINICA.

EN EL CONSULTORIO DENTAL SE DEBE TENER EL INSTRUMENTAL BASICO ESTE MANTENERLO EN BUEN ESTADO Y ESTERILIZADO.

EL EXITO DE LA ANESTESIA LOCAL DEPENDE EN GRAN PARTE DE LOS CONOCIMIENTOS NEUROANATOMICOS QUE EL ODONTOLOGO TENGA ACERCA DE LA REGION QUE VA A ANESTESIAR.

PARA REALIZAR UNA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS EL CIRUJANO DENTISTA DEBE CONOCER LA TECNICA QUIRURGICA A LA PERFECCION.

EL CIRUJANO DENTISTA DEBE ESTAR BIEN INFORMADO ACERCA DE LOS TRATAMIENTOS QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE COMPLICACIONES ANESTESICAS O EN EL CURSO DE LA INTERVENCION QUIRURGICA DE LA EXTRACCION DE UN TERCER MOLAR RETENIDO.

## B I B L I O G R A F I A

- ARCHER W. HARRY.                    CIRUGIA BUCAL  
SEGUNDA EDICION 1968  
EDITORIAL MUNDI
- AVELLANAL C.D.                    CIRUGIA ODONTOMAXILAR  
EDITORIAL BARROCO
- KRUGER GUSTAVO O.                TRATADO DE CIRUGIA BUCAL  
EDITORIAL INTERAMERICANA
- STANLEY W. JACOB.                ANATOMIA Y FISIOLOGIA HUMANA  
SEGUNDA EDICION 1973
- MONHEIM LEONARD M.              ANESTESIA LOCAL ODONTOLOGICA  
EDITORIAL MUNDI
- AVELLANAL C.D.                    DICCIONARIO ODONTOLOGICO  
SEGUNDA EDICION  
EDITORIAL MUNDI