



201 941

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TERCEROS MOLARES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

Cirujano Dentista
P R E S E N T A N :

Lidia Zamacona Ruiz

Nieves Dora Vallejo Mendoza



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAGS.
INTRODUCCION Y GENERALIDADES.....	1
CAPITULO I	
EMBRIOLOGIA DE LA REGION.....	3
1.1. DESARROLLO DEL DIENTE.....	4
1.2. DESARROLLO DE LA APOFISIS ALVEOLAR.....	6
1.3. DESARROLLO DEL MAXILAR SUPERIOR.....	7
1.4. DESARROLLO DEL MAXILAR INFERIOR.....	7
CAPITULO II	
ANATOMIA DE LA REGION.....	9
2.1. INERVACION DEL MAXILAR SUPERIOR.....	10
2.2. INERVACION DEL MAXILAR INFERIOR.....	13
CAPITULO III	
CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES.....	16
CAPITULO IV	
INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES.....	24
CAPITULO V	
ASEPSIA ANTISEPSIA.....	31
5.1. MEDIOS FISICOS.....	31
5.2. MEDIOS QUIMICOS.....	33

CAPITULO VI

HISTORIA CLINICA.....	34
6.1. ANALISIS DE LABORATORIO.....	35

CAPITULO VII

VALORACION PARA ANESTESIA LOCAL Y GENERAL...	44
7.1. TECNICAS DE ANESTESIA A UTILIZAR.....	47
7.2. PRINCIPALES AFECCIONES.....	50

CAPITULO VIII

EXTRACCION POR DISECCION.....	55
8.1. TIPOS DE COLGAJOS.....	56
8.2. ODONTOSECCION.....	57
8.3. SUTURA.....	59

CAPITULO IX

COMPLICACIONES EN CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES.....	61
9.1. ACCIDENTES MEDIATOS.....	61
9.2. ACCIDENTES INMEDIATOS.....	66

CAPITULO X

INDICACIONES POSOPERATORIAS.....	68
10.1. ABSCESO POSOPERATORIO DEL ANGULO DE LA MANDIBULA.....	71
10.2. OSTEOMIELITIS.....	73

CONCLUSIONES.....	77
BIBLIOGRAFIAS.....	78

INTRODUCCION

Los problemas comunes con relación a los terceros molares son infección y dolor. La extracción de los terceros molares puede también contribuir a una mayor frecuencia de formación de bolsas parodontales afectando el aspecto distal de los segundos molares. Es menos probable que esto ocurra si son extraídas al principio de su desarrollo.

Segundo en importancia después de la peridontitis se encuentra la pericoronitis, que puede ser transitoria y leve, o desarrollarse y provocar una grave infección que afecta los espacios aponeuróticos causando considerable debilitamiento. Se presenta en los tejidos blandos de los terceros molares que han hecho erupción parcial, creando un lecho fértil para el crecimiento bacteriano y la infección. El tratamiento varía desde irrigación local y descubrimiento del colgajo pericoronario del tercer molar inferior cuando es traumatizado por el molar superior, puede ser aconsejable extraer el diente del maxilar primero y posteriormente hacerlo con el molar inferior cuando la inflamación, dolor e infección hayan cedido.

Los dientes incluidos se han definido como aquellos cuya erupción es parcial o totalmente obstruida por hueso o por otros dientes. En la práctica, cualquier diente puede estar incluido, aunque los terceros molares inferiores son los más afectados con mayor frecuencia. Esta frecuencia puede explicarse debido a que al tercer molar es el último diente que hace erupción en condiciones normales y cualquier afección que tienda a reducir el espacio

existente para estos dientes le impedirá hacer erupción por falta de lugar.

ETIOLOGIA.- La etiología de las inclusiones es mas teórica que real, y según el autor Durbeck W. deberá ser tratada bajo tres encabezados o teorías diferentes.

C A P I T U L O I
EMBRIOLOGIA DE LA REGION.

GENERALIDADES.

Las bases de la cirugía bucal son igualmente amplias que la cirugía general. La definición de la cirugía bucal es. La parte de la odontología que trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares, mandíbula y regiones adyacentes.

2) La ciencia y el arte de la cirugía es tan antigua como la humanidad misma, pues el hombre en sus épocas primitivas, por las condiciones de vida que lo rodeaban, estaba expuesto a sufrir grandes traumatismos por sus constantes luchas con las bestias, la naturaleza y sus semejantes.

Etimológicamente; Cirugía tiene su origen en las palabras griegas kheir-mano y Ergon-Obra.

El cirujano capaz es aquel cuya destreza manual se basa en conocimientos fundamentales de anatomía, fisiología y de los estados patológicos más frecuentes.

A la cirugía se le puede considerar en sus distintos aspectos como.- Medio terapéutico urgente.

Recurso profiláctico.

Restaurador de funciones orgánicas.

Correctora y reparadora.

La Cirugía ha tenido un desarrollo lento debido al gran número de dificultades, que se encuentra entre ellas; Dolor, Hemorragia, Infección y Complicaciones.

DESARROLLO DEL DIENTE

Cada diente se desarrolla a partir de una yema dentaria que se forma profundamente, bajo la superficie en la zona de la boca primitiva que se transformará en los maxilares. La yema dentaria consta de tres partes:

- 1.- El órgano dentario, deriva del ectodermo bucal.
- 2.- Una papila dentaria, proveniente del mesénquima.
- 3.- Un saco dentario que también se deriva del mesénquima.

El órgano dentario produce el esmalte; la papila dentaria origina a la pulpa y la dentina; y el saco dentario forma no sólo el cemento, sino también el ligamento periodontal.

A pesar del hecho obvio de que el desarrollo dentario es un proceso continuo, no sólo es tradicional, sino también necesario desde el punto de vista didáctico, dividir el proceso de desarrollo del diente en varias etapas:

ETAPA DE YEMAS.

LAMINA DENTARIA.- Es un engrosamiento epitelial en la región del futuro arco dentario, extendiéndose a lo largo del borde libre de los maxilares.

YEMAS DENTARIAS.- Son salientes redondas u ovoides, que corresponden a la posición de los

dientes deciduos y esbosos de los órganos dentarios o yemas dentarias.

ETAPA DE CASQUETE.

EPITELIO DENTARIO EXTERNO E INTERNO.- El epitelio dentario externo consiste en una sola hila de células cuboideas, y el epitelio dentario interno, está formado por una capa de células cilíndricas.

RETICULO ESTRELLADO.- Son células situadas entre los epitelios externo e interno, dispuestas en forma de malla.

PAPILA DENTARIA.- Es el órgano formador de la dentina y del esbozo de la pulpa.

SACO DENTAL.- Es una capa que se desarrolla más densa y más fibrosa, y equivale al saco dentario primitivo.

ETAPA DE CAMPANA.

EPITELIO DENTARIO INTERNO.- Está formado por una sola capa de células cilíndricas.

ESTRATO INTERMEDIO.- Son capas de células escamosas, que parecen ser esenciales para la formación del esmalte.

RETICULO ESTRELLADO.- Son células estrelladas, con prolongaciones largas que se anastomosan con las vecinas.

EPITELIO DENTARIO EXTERNO.- Son células que se aplanan hasta adquirir forma cuboidea baja.

LAMINA DENTARIA.- Prolifera en su extremidad profunda para originar el órgano dentario del diente permanente.

PAPILA DENTARIA.- Está encerrada en la porción invaginada del órgano dentario.

SACO DENTARIO.- Muestra disposición circular de sus fibras, con forma de estructura capsular.

ETAPA AVANZADA DE CAMPANA.- Dará origen a la vaina epitelial de Hertwing.

DESARROLLO DE LA APOFISIS ALVEOLAR.

Casi al finalizar el segundo mes de la vida fetal, tanto el maxilar superior como en el inferior, forma un surco que se abre hacia la superficie de la cavidad bucal. En este surco están contenidos los gérmenes dentarios, que incluyen también los nervios y los vasos alveolares. Paulatinamente se desarrollan tabiques óseos entre los gérmenes dentarios vecinos y mucho tiempo después el canal mandibular primitivo se separa de las criptas dentarias por medio de una placa horizontal de hueso.

En sentido estricto, la apófisis alveolar se desarrolla únicamente durante la erupción de los dientes. Es importante darse cuenta que, durante el crecimiento, parte de la apófisis alveolar se incorpora gradualmente en el cuerpo del maxilar superior y del inferior, mientras que crece a ritmo bastante rápido en sus bordes libres. Durante la etapa de crecimiento rápido se puede desarrollar un tejido, a nivel de la cresta alveolar, que combina los caracteres del cartílago y del hueso, y se llama condroide.

DESARROLLO DEL MAXILAR SUPERIOR

Todos los huesos de la porción superior de la cara se desarrollan por osificación membranosa, en su mayor parte cerca del cartílago de la capsula nasal.

El maxilar superior, está representando por dos huesos homólogos, el maxilar propio y el premaxilar. Los centros de osificación del premaxilar y maxilar pueden estar separados por muy corto tiempo, o solamente aparece un centro de osificación, común para los dos. La composición del maxilar está indicada por la fisura incisiva, que se ve bien en cráneos jóvenes, sobre el paladar, extendiéndose desde el foramen incisivo hasta el alveolo del canino.

DESARROLLO DEL MAXILAR INFERIOR.

El maxilar inferior se desarrolla como -

hueso intramembranoso, al lado del cartílago, llamado de Meckel, constituye, en sus partes proximales, los esbosos de los huesillos auditivos: el yunque y el martillo.

El maxilar inferior hace su aparición como estructura bilateral en la sexta semana de vida fetal en forma de una placa delgada de hueso, lateral y a cierta distancia en relación al cartílago de Meckel, que es un bastón cilíndrico de cartílago. Su extremidad proximal está en contacto con el yunque. Su extremidad distal está doblada hacia arriba, en la línea media, y se pone en contacto con el cartílago del otro lado. La mayor parte del cartílago de Meckel desaparece sin contribuir a la formación del hueso de la mandíbula. Durante toda la vida fetal el maxilar inferior es hueso par. Los maxilares inferiores derecho e izquierdo están unidos en la línea media por fibrocartílago, a nivel de la sínfisis mandibular. El cartílago de la sínfisis no se deriva del cartílago de Meckel, sino se diferencia a partir del tejido conjuntivo de la línea media. En él se desarrollan pequeños huesos irregulares conocidos como osículos mentonianos, y al final del primer año se fusionan con el cuerpo del maxilar. Al mismo tiempo las dos mitades del maxilar inferior se unen mediante la osificación del fibrocartílago sínfisario.

C A P I T U L O I I
ANATOMIA DE LA REGION .

ANATOMIA DE LA REGION

MAXILAR SUPERIOR.- Este hueso tiene forma cuadrangular. Se encuentra íntimamente unido al del lado opuesto y en la línea media por las apófisis palatinas, está fuertemente enclavado en el espesor de la cara. Presenta dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar.

CARA INTERNA.- En esta cara presenta la apófisis palatina, la cual forma parte del piso de las fosas nasales. Esta apófisis se articula con la del lado opuesto para formar así la espina nasal anterior.

CARA EXTERNA.- Presenta la apófisis piramidal por medio de la cual se articula con el hueso malar; esta apófisis presenta tres caras; la superior que forma parte del piso de la órbita, y lleva un canal conocido como conducto sub-orbitario, su cara anterior presenta la terminación del conducto el cual es conocido como agujero sub-orbitario; y la cara posterior la cual corresponde por dentro a la tuberosidad del maxilar y por fuera a la fosa cigomática.

BORDE ANTERIOR.- Junto con el del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales.

BORDE POSTERIOR.- Forma la tuberosidad del maxilar; en su parte superior forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar. En su parte baja

se articulan la apófisis piramidal del palatino con el borde anterior de la apófisis pterigoides, en esta articulación se encuentra el conducto palatino - posterior.

BORDE SUPERIOR.- Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita, y se articula - por delante con el unguis, y por atrás con la apófisis orbitaria.

BORDE INFERIOR.- Presenta los alveolos - dentarios que sirven de alojamiento a las raíces denta- - rias.

ANGULOS.- El maxilar superior presenta - cuatro ángulos, de los cuales dos son superiores y - dos inferiores; destacándose en ellos la apófisis - ascendente del maxilar superior y la cresta lagri - mal anterior.

CAVIDAD O SENO MAXILAR.- El centro del maxilar superior se encuentra ahuecado por una vasta cavidad llamada Seno maxilar o antro de Hignore, nombre del anatómico que dió de él la primera buena descripción. Esta cavidad está en relación: por -- arriba, con la pared inferior de la órbita; por de - lante con la fosa canina; por fuera, con la fosa cigomática; en la parte posterior con la hendidura - pterogomaxilar, y por debajo con el arco alveolar - superior.

INERVACION DEL MAXILAR SUPERIOR.- El nervio del maxilar superior, proviene del Nervio Trigémino o V par craneal y es una de las ramas de éste. El nervio atraviesa sucesivamente el conducto redondo

do mayor, el fondo de la fosa ptérigomaxilar, la gotera y el conducto suborbitario.

Da en particular:

NERVIO PALATINO ANTERIOR.- Que atravieza el conducto palatino.

NERVIO PALATINO POSTERIOR.- Para inervar la bóveda palatina.

NERVIO PALATINO MEDIO Y POSTERIOR.- Que se distribuyen en la mucosa del velo del paladar.

Los nervios dentarios posteriores.- En número de dos o tres, nacidos adelante de la entrada de la gotera suborbitaria; dan los ramos superficiales de la mucosa gingival, después penetran en el maxilar a media altura e inervan los molares y premolares.

El nervio dentario medio, inconstante, caminando en la pared externa del seno maxilar, va a inervar el primer premolar.

El nervio dentario anterior.- Se desprende en el conducto suborbitario y penetra en el conducto dentario anterior superior, destinado al meato inferior, a los incisivos y caninos.

Estos nervios dentarios anterior medio y posterior se hallan anastomosados por encima de las raíces dentarias en un plexo dentario en forma de arco que se prolonga con el del lado opuesto.

MANDIBULA.- Forma él sólo la mandíbula inferior y se puede considerar dividido en un cuerpo y dos ramas:

CUERPO.- Tiene forma de herradura, cuya concavidad se halla vuelta hacia atrás. Se distinguen en él dos caras y dos bordes:

CARA ANTERIOR.- Presenta en la línea media la sínfisis mentoniana, como resultado de la unión media de las dos mitades. En su parte más inferior y saliente es denominada eminencia mentoniana, Hacia fuera y atrás, se encuentra el agujero mentoniano y más atrás aún la línea oblicua externa del maxilar.

CARA POSTERIOR.- Presenta cerca de la línea media las apófisis geni. En el borde anterior la línea oblicua interna o milohioidea, por encima de ésta la foseta sublingual, y por debajo de la misma línea la foseta submaxilar.

BORDE INFERIOR.- Presenta los alveolos dentarios, separados entre sí por apófisis interdentarias.

RAMAS.- En número de dos, derecha e izquierda, aplanadas de forma cuadrangular. Presentan dos caras y cuatro bordes.

CARA EXTERNA.- Su parte inferior es más rugosa que la superior.

CARA INTERNA.- Se encuentra el orificio

superior del conducto dentario. La espina de Spix - en forma de saliente triangular, y el canal milohioideo.

BORDE ANTERIOR.- Forma la hendidura vestibulocigomática.

BORDE POSTERIOR.- Recibe también el nombre de borde Parotídeo.

BORDE SUPERIOR.- Se localiza la escotadura sigmoidea, la cual se localiza entre dos salientes, la apófisis coronoides por delante, y el cóndilo del maxilar por detrás. El cóndilo se articula con la cavidad glenoidea del temporal, y se une al resto del hueso por medio de su cuello.

BORDE INFERIOR.- Se continúa con el borde inferior del cuerpo al unirse por detrás con el borde posterior, forma el ángulo de la mandíbula.

INERVACION DEL MAXILAR INFERIOR.- También proviene del Nervio Trigémico. Es un nervio sensitivo-motor, sale del cráneo por el agujero oval, se introduce en la fosa ptérigomaxilar y se divide rápidamente en sus ramas terminales, que son:

- a) Tronco Anterior
- b) Tronco Posterior.

a) **TRONCO ANTERIOR:** Nos da:

El Témpero-buco-ptéridoideo.- Que pasa entre los dos haces del músculo -

ptérigoideo externo, al que inerva, y da el nervio temporal profundo anterior y el nervio bucal, para la piel de la mejilla y de la mucosa bucal.

El Temporal Profundo Medio.- El Temporo Maseterino, que da el temporal profundo posterior y el maseterino.

b) TRONCO POSTERIOR.- Se divide en cuatro ramas:

1) El Tronco Común.- De los nervios del ptérigoideo interno, del periestafilino externo y del músculo del martillo.

2) El Nervio Aurículo.- Temporal que atravieza el polo superior de la parótida, sube verticalmente hacia delante del tragus, atrás de la arteria temporal para llegar a los tegumentos del cráneo; inerva la Articulación Temporomaxilar, el conducto auditivo externo y el pabellon de la oreja.

3) El Nervio Dentario Inferior.- Se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante hacia la hendidura mandibular, para penetrar en el conducto dentario, inervando cada raíz dentaria, y adelante del agujero mentoniano se divide en nervio in-

cisivo, que continua su trayecto - hasta la línea media, y nervio mentoniano.

- 4) El Nervio Lingual.- Situado hacia delante del dnetario inferior, pasa por dentro del ligamento ptérigomaxilar y penetra en el piso de la boca a la altura del Tercer Molar, pasa sobre el polo superior de la glándula submaxilar, cruza por debajo del conducto de Whartón, de fuera hacia dentro para llegar a la cara de la lengua.

C A P I T U L O I I I

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS
MOLARES.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES.

El tercer molar es el último diente en realizar su erupción siendo normal entre los 17 y 21 años de edad.

La calcificación de su corona empieza a los ocho años de edad terminando a los 12 años, época en que da principio la calcificación de la raíz, llegando a su término de los 17 a 21 años de edad, en lo que por lo general la corona se encuentra a nivel del plano de oclusión.

La forma y tamaño son variados, asemejándose a los segundos molares, otros al primer molar, pero lo más frecuente es que sea atípicos, con cuatro o cinco cúspides o defectuosa formación coronaria. No son raros los casos de gigantismo y enanismo, así como su divergencia, curvatura y multiplicidad de sus raíces, ningún tercer molar posee características iguales de uno y otro.

Por lo general es birradicular pero es muy frecuente los molares con cuatro o cinco, también se encuentran molares con raíces fusionadas.

ESTUDIO DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR

NORMALMENTE ERUPCIONADO

El estudio clínico previo de la corona del tercer molar a extraerse es necesario para fijar la forma y estado del órgano y sus relaciones. La forma y estudio del molar se refieren al grado

de la caries al estado de la corna, a la integridad de sus paredes y a la solidez con que el diente está implantado a su alveolo. Muchas veces la palpación del diente con la pinza de algodón nos impondrá el grado de firmeza del molar.

La cara Mesial.- Del tercer molar debe ser prólijamente investigada y se han de comparar los hallazgos clínicos con el examen radiográfico, sobre esta cara debe aplicarse la fuerza destinada a elevar el molar. Por lo tanto la existencia y solidez de esta cara son necesarias; en el caso contrario si ésta está destruída por la caries, otra será la técnica a emplearse para la extracción del diente.

ESTUDIO DE LAS RAICES DEL TERCER MOLAR

Presenta sus raíces con extraordinaria variación, en su número, tamaño y dirección.

Número; corrientemente el tercer molar es un diente birradicular. No son excepcionales sin embargo, las raíces fusionadas, y hay casos en que son tres o más raíces.

Las raíces supernumerarias asientan a nivel de las dos mayores, por la otra parte éstas pueden estar a su vez bifurcadas, presentando entonces el molar cuatro raíces. El número de raíces debe ser prólijamente investigado por el examen radiológico.

Tamaño: El tercer molar presenta la más

grande variedad respecto al tamaño de sus raíces y su corona, ambas proporciones no están siempre correlacionadas; coronas grandes, raíces pequeñas o viceversa.

Dirección: como se ha dicho la dirección de las raíces es muy variable. Pero dentro de la diversidad, la presentación radicular puede ser clasificada siguiendo a Winter:

- a) Raíces inclinadas distalmente.- Esta variedad puede presentarse estando la porción radicular constituida por un maciso radicular único (raíces fusionadas) o ambas raíces perfectamente individualizadas y separadas.
- b) Raíz Mesial.- Dirigida hacia distal y raíz distal recta. Cuando se presenta en esta forma las raíces circunscriben una porción ósea de tamaño variable o septúm interradicular. Pueden las raíces estar fusionadas en su región apical; en esta disposición el septúm está cerrado.
- c) Raíz Mesial inclinada hacia distal y raíz distal inclinada hacia mesial.- Así dispuestas las raíces pueden tener sus ápices próximos o alejados en ambas condiciones las raíces, encierran una porción de tabique interradicular que debe ser fracturado en el acto operatorio.
- d) Ambas raíces Rectas.- No es un tipo muy común esta forma radicular, las raíces pueden ser rectas, pero formando entre sí un ángulo de grado variable.

- e) Raíces Fusionadas.- Pueden presentarse a veces - fusionadas, teniendo en tal caso la forma de un cono cuya base corresponde a la línea del cuello dentario.
- f) Raíz Mesial Recta y Raíz Distal Dirigida Hacia - Mesial.- Tipo poco frecuente el anclaje que proporciona la raíz distal dificulta la extracción. El septúm suele no ser muy amplio.
- g) Raíz mesial recta y Raíz Distal dirigida hacia - Mesial.- Es un tipo poco frecuente. El anclaje - que proporciona la raíz distal dificulta la ex - tracción. El séptum suele ser no muy amplio.
- g) Raíces inclinadas hacia Mesial.- Es la forma an - tagónica del primer tipo. Por fortuna poco fre - cuente porque en esta presentación las raíces - suelen ser delgadas y frágiles y la desviación - hacia mesial constituye un sólido afianzamiento del diente en el alveolo.
- h) Raíz Mesial dirigida hacia Mesial y Raíz Distal dirigida hacia Distal.- El Molar portador de raí - ces de este tipo se encuentra sólidamente aferra do a las estructuras óseas.
- i) Raíces con Cementosis.-En cualquiera de los ti - pos considerados, la cementosis radicular contri - buye a dificultar el grado variable a la extrac - ción del molar.

TERCER MOLAR RETENIDO

El tercer molar retenido es aquel en que llegada la época o etapa normal de su erupción se mantiene en el interior del hueso conservando la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

Es necesario clasificar los terceros molares retenidos de modo que el operador pueda determinar por adelantado las dificultades que encontrará para su eliminación. La clasificación le permite planear con inteligencia sus procedimientos quirúrgicos. Clasificar los terceros molares retenidos, el operador debe establecer su posición anatómica por medio de un examen radiológico cuidadoso.

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

- 1) Posición de la corona
- 2) Forma radicular
- 3) Naturaleza de la estructura que rodea al molar retenido
- 4) Posición del tercer molar, en relación con el segundo.

POSICION DEL TERCER MOLAR RETENIDO

Se puede encontrar en el maxilar inferior y superior en distintas posiciones:

- a) Retención Vertical.- En este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso pero lo característico reside en que su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo o primer molar.
- b) Retención Horizontal.- El eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.
- c) Retención Mesioangular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable.
- d) Retención Distoangular.- Forma opuesta a la que antecede. El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama montante por lo tanto la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo en que está desviada.
- e) Retención Invertida.- El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde interior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo poco común de retención, la denominamos también paranormal.
- f) Retención Bucal angular.- El tercer molar ya no -

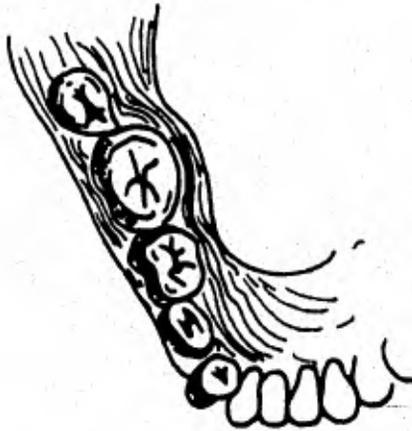
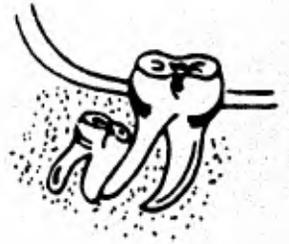
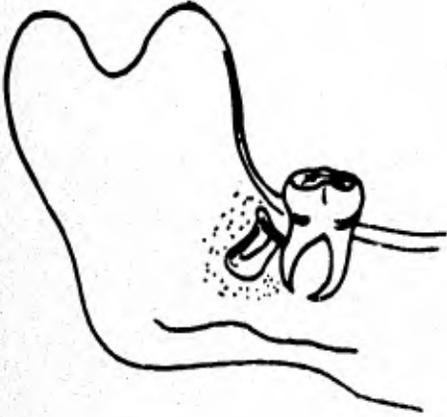
ocupa como en los anteriores el mismo plano que el segundo o primero, sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados estos dos dientes, la corona del molar retenido está dirigida hacia bucal; posición bucoangular.

- g) Retención Linguoangular.- El eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del retenido se dirige hacia el lado lingual.

UBICACION DEL TERCER MOLAR EN LA ARCADA

El tercer molar puede presentar cuatro - desviaciones o tipos en relación con la arcada.

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



C A P I T U L O I V

INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA DE TERCEROS
MOLARES.

INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES.

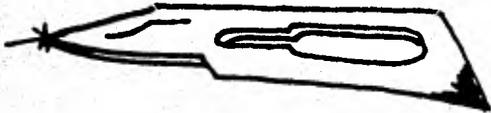
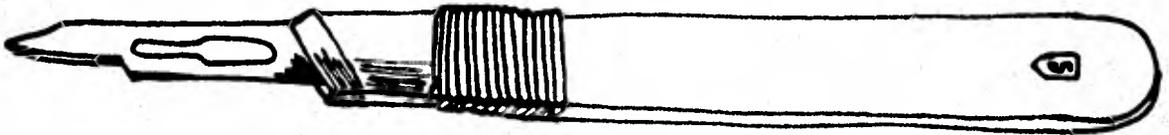
Para realizar una buena intervención quirúrgica, necesitamos contar con el instrumental necesario y que éste se encuentre en buenas condiciones. En la Cirugía Bucal, como en todas las cirugías se necesita el instrumental especializado; la mayoría de la Cirugía Bucal, se practica dentro de la cavidad oral sin interesar la piel de la cara ni los músculos de la región facial.

Los instrumentos para Cirugía se dividen en:

- 1.- Instrumental para Tejidos Blandos.
- 2.- Instrumental para Tejidos Duros.

1.- INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS.-

- a) BISTURI: Comunmente de hoja corta; consta de mango y distintas hojas de forma y tamaño intercambiables, dependiendo la clase de operación se designará la hoja.



b) TIJERAS.- Se emplean para seccionar lenguetas y festones gingivales, y porciones de encía en parodontitis.

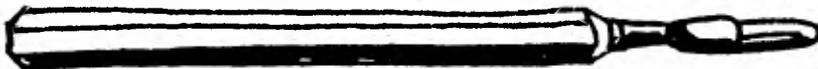
c) TIJERAS DE NEWMANN.- Son curvas, de buena adaptación, alcanzan regiones palatinas y linguales con fácil acceso. Los puntos de sutura se cortan con tijeras de hoja pequeñas y curvas.

- d) PINZAS DE DISECCION.- Son dentadas permi -
ten tomar la delicada fibromucosa, sin le-
sionarla. Entre las pinzas de disección se
encuentran de mucha utilidad las pinzas de
Kocher y las de Ratón, que permiten soste-
ner firmemente el colgajo.

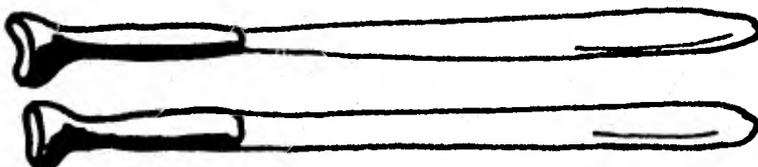


- e) INSTRUMENTOS DE GALVANO Y TERMOCAUTERIO.- -
Estos instrumentos nos sirven especialmente
para seccionar tejidos gingivales; los más
importantes son: Legras, Periostomos, Espá-
tulas Roma, los cuales nos ayudan a despren-
der el colgajo lastimando lo menos posible_
los tejidos adyacentes, se utilizan también
para despegar las bolsas de los quistes, --

del hueso que los aloja.



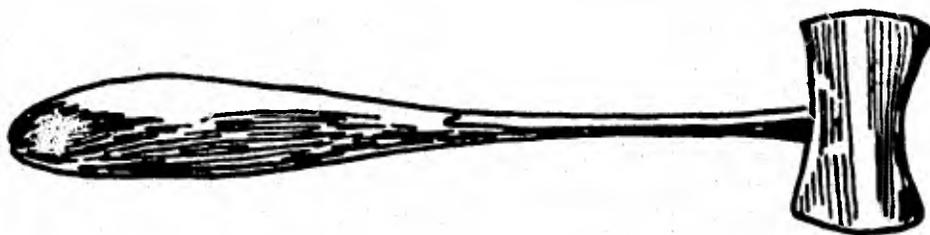
- f) **SEPARADORES.**- Los empleamos para no lastimar o traumatizar los colgajos, entre los separadores, encontramos: Los separadores de Farabeur, de extremos acodados; y Separadores de Volkmann, con forma de dientes que se insertan debajo del colgajo, manteniéndolo firme.



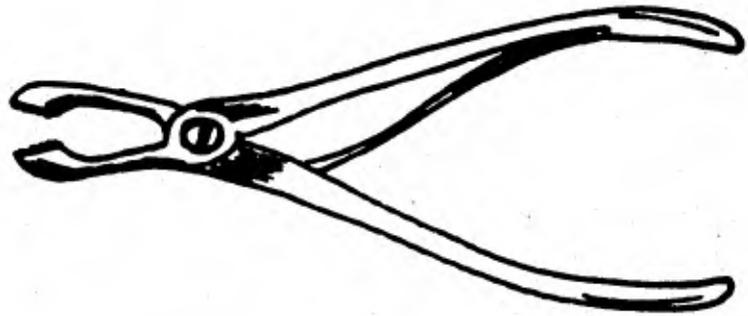
2.- INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS Duros.- Los utilizamos para efectuar la sección quirúrgica, y aún la resección del hueso, que cubre el objeto de la intervención, la tabla externa de las extracciones del Tercer Molar Inferior retenido, el hueso palatino que cubre también dientes retenidos, y en general - la tabla ósea vestibular de los maxilares.

Los instrumentos más importantes - que utilizamos para las extracciones de Terceros Molares son los siguientes:

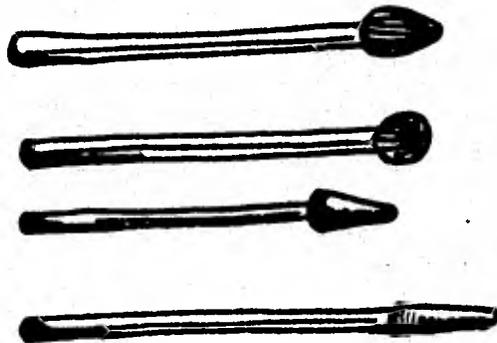
- a) ESCOPLO O MARTILLO.- Su uso ha disminuído debido a que el golpe del instrumento, es mal soportado por el paciente.



- b) PINZAS GUBIAS.- Se emplean para regularizar bordes óseos o salientes por fractura de la tabla externa, etc.



- c) FRESAS.- Las fresas son de gran utilidad, ya que pueden sacar el hueso por sí sólo, o abrir camino a otros instrumentos. La fresa se coloca en la pieza de mano o en ángulo, según las necesidades. Las fresas más comunes a emplearse son las utilizadas por el C.D., pudiendo ser redondas del número 5 al número 8, o bien las de fisura número 560.



- d) LIMAS PARA HUESO O ESCOFINAS.- Se les utiliza principalmente para preparar maxilares que llevarán aparatos de prótesis, o para alisar bordes y eliminar puntas óseas.



- e) ELEVADORES.- Su descripción y uso es similar al de las pinzas dentarias. Los tipos de elevadores más utilizados son; el elevador recto de Seldin, con hoja plana convexa, elevador Universal, con su extremidad en Angulo, útil para cualquier tipo de extracción, así como los elevadores de Winter.



CAPITULO V
ASEPSIA Y ANTISEPSIA

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Uno de los tres postulados de la técnica quirúrgica es evitar la infección. La asepsia y antisepsia nos brindan los conocimientos necesarios - para prevenir y combatir la infección.

Etimológicamente asepsia del griego que significa a-sin y sepsis-putrefacción, consiste en evitar la contaminación por agentes sépticos, de todo aquello que va a tener contacto con el acto quirúrgico.

Etimológicamente antisepsia, del griego anti-contra y sepsis putrefacción, indica la forma de combatir la infección provocada por agentes microbianos.

La asepsia tiene pues por objeto destruir los gérmenes para evitar su entrada al organismo y la antisepsia de combatirlos cuando ya han entrado.

La asepsia y antisepsia se pueden obtener por medios que pueden ser:

- a) MEDIOS FISICOS
- b) MEDIOS QUIMICOS.

a) Medios Físicos:

Cepillado con Jabón.- Cepillando los instrumentos se consigue el arrastre mecánico

co de los residuos infectados. Esta operación por sí sola no es suficiente para esterilizar, aunque se empleen jabones - antisepticos.

Calor Seco.- Dentro del calor seco tenemos:

- 1.- Llama directa.- Es la destrucción por in cineración, sus resultados son indiscuti bles, pero su aplicación es reducida.
- 2.- Aire Caliente.- Se aplica en hornos espe ciales y Hornos Pasteur, a temperatura - de 160°C durante una o dos horas, sólo - es aplicable a objetos de metal, crista - llería, etc.

Calor Húmedo.- Los más importantes son:

- 1.- Agua hirviente.- Es el más doméstico y - cayendo rápidamente en desuso, en el Con sultorio Dental, ya que es ineficaz con - tra las esporas y los virus.
- 2.- Vapor a presión.- Autoclave, es el más - eficaz de todos los medios de esteriliza ci ón, si el vapor efectivo llega a todas las porciones de los materiales conteni - dos en el aparato. El período de esterilización usual es de quince minutos a - 120°C, o veinte minutos si los instrumen - tos están envueltos en toallas.

b) Medios Químicos.- Son los antisepti -
cos y germicidas; se utilizan en los materiales que
pueden ser destruidos o alterados por el calor y pa
ra la asepsia de manos y tegumentos del campo opera
torio. Desde el punto de vista de su modo de acción
pueden ser:

- 1.- Coagulantes.- Que son los que destru
yen los gérmenes por coagulación de
las proteínas de su protoplasma.
- 2.- Deshidratantes.- Que nos producen -
deshidratación del protoplasma.

Entre los agentes químicos más comunes -
tenemos:

Alcohol Isopropílico.- Reduce el número
de organismos presentes, pero no mata a los patóge
nos. Cloruro de benzalconio. Tinturas de Yodo y de
Merthiolato, Formaldehido, etc.

C A P I T U L O V I

HISTORIA CLINICA.

HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es un documento que nos orientará para el diagnóstico, pronóstico y manejo de una enfermedad, nos sirve de referencia para valorar la evolución del paciente y nos permite elaborar estadísticas, así como para formar un archivo que nos ayude a organizar, individualizar y optimizar los tratamientos a seguir. Por eso los datos que se consignan en ella deben ser veraces, breves y completos.

La Historia Clínica es un documento que nos orientará para el diagnóstico, pronóstico y manejo de una enfermedad, nos sirve de referencia para valorar la evolución del paciente y nos permite elaborar estadísticas, así como para formar un archivo que nos ayude a organizar, individualizar y optimizar los tratamientos a seguir. Por eso los datos que se consignan en ella deben ser veraces, breves y completos.

La Historia Clínica, además de los datos de identificación del paciente consta de dos partes:

- 1.- Interrogatorio
- 2.- Exploración física.

1.- INTERROGATORIO.- Que consiste en preguntar, llevando un orden previamente establecido sobre aspectos patológicos. El interrogatorio puede ser:

- a) Interrogatorio Directo.- Cuando los datos so
btenidos por boca del paciente.
- b) Interrogatorio Indirecto.- Cuando los datos se -
obtienen de una tercera persona o acompañante -
del paciente, debido a que el enfermo está impo-
sibilitado para responder.

2.- EXPLORACION FISICA.- Esta se hará -
por inspección, palpación, percusión y auscultación.

PRUEBAS DE LABORATORIO.- El laboratorio_
es un gran auxiliar en cirugía, ya que las pruebas_
de laboratorio nos proporcionarán datos valiosos pa_
ra una mejor preparación preoperatoria y manejo del
paciente.

Entre las pruebas que rutinariamente se
harán se encuentran; biometría hemática, pruebas de
coagulación, química sanguínea y general de orina.-
En algunos casos serán indispensables otras pruebas
de laboratorio según las necesidades del paciente.

VALORES NORMALES DE LAS PRINCIPALES PRUEBAS DE LABO
RATORIO:

BIOMETRIA HEMATICA	HOMBRES	MUJERES
Hemoglobina en gramos	15.5 a 16.5 gr. %	14.5 a 15.5 %
Eritrocitos	5 a 6 mill. x cm ³	4.5 a 5.5 - mill. x mm ³
Hematocrito	46 %	40 % prom.
Reticulocitos	25.000 a 50.000 x mm ³	

Plaquetas 250.000 a 450.000 x mm³

Leucocitos 6.000 a 10.000 x mm³

Diferencial:

Linfocitos 20 a 25 %

Monocitos 2 a 10 %

Eosinófilos 1 a 4 %

Basófilos 0 a 20 %

Neutrófilos 25 a 75 %

Mielocitos 0 %

Meta 0 a 2 %

En banda 2 a 2 %

Segmentados 45 a 65 %

PRUEBAS DE COAGULACION:

Tiempo de Protrombina de 13" - 16" (65%-100%)

Tiempo parcial de Trombo-
plastina menos de 45"

Tiempo de Trombina de 5" -10" (con formación
de coagulo en 60")

Tiempo de coagulación de 5 - 10 min.

Tiempo de sangría de 3 - 4 min.

QUIMICA SANGUINEA:

Glucosa de	80 - 120 mg. % Folin-W
Urea de	21 - 32 mg. % Karr
Creatinina de	1 - 2 mg. % Folin
Acido Urico de	2 - 5 mg. % Folin N

GENERAL DE ORINA:

Reacción	5- 6
Densidad	1015-1020
Albúmina	Negativo
Glucosa	Negativo
Cetónicos	Negativos
Sangre	Negativo
Bilirrubina	Negativo

Un ejemplo de la forma de elaboración de una Historia Clínica completa, para cualquier trata miento de Cirugía es la siguiente:

HISTORIA CLINICA.

Hay cuatro razones principales por las -
cuales el cirujano dentista realiza la historia clí-
nica.

1.- Para tener la seguridad de que el -
tratamiento dental no perjudicará el estado general
del paciente ni su bienestar.

2.- Para averiguar si la presencia de al-
guna enfermedad general o la toma de algunos medica-
mentos pueden entorpecer el éxito aplicado a su pa-
ciente.

3.- Para determinar una enfermedad igno-
rada que exija un tratamiento especial.

4.- Para conservar un documento gráfico -
que puede resultar útil en el caso de reclamación -
judicial por incompetencia judicial.

CUESTIONARIO SANITARIO.

NOMBRE _____ SEXO _____ EDAD _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____ OCUPACION _____ ESTADO _____

NOMBRE Y DIRECCION DE MI MEDICO _____

¿CUAL ES SU PRINCIPAL TRASTORNO BUCAL? en pocas pa-
labras. _____

Las respuestas a las siguientes preguntas son -
únicamente para nuestro archivo y se consideran -
como confidenciales.

- 1) ¿Padece ud. algún trastorno o alguna enfermedad
SI NO
- a) ¿Ha observado alguna lateración de su salud --
general durante el año pasado?..... SI NO
- 2) Mi último reconocimiento físico fue en
- 3) ¿Está en tratamiento médico?..... SI NO
- a) En caso afirmativo ¿qué enfermedad padece? _____
- 4) ¿Ha padecido alguna enfermedad grave? ¿Le han -
operado?..... SI NO
- a) En caso afirmativo, cuál fue la enfermedad? ¿de -
qué lo operaron?
- 5) ¿Ha sido hospitalizado o ha padecido alguna en--
fermedad grave durante los cinco años últimos?
SI NO
- a) En caso afirmativo ¿cuál fue el problema? _____
- 6) Padece o ha padecido algunas de las siguientes -
enfermedades o trastornos.
- a) Fiebre reumática o cardiopatía reumática SI NO
- b) Lesiones cardíacas congénitas..... SI NO
- c) Enfermedad cardio vascular (trastorno -
cardíaco, insuficiencia coronaria, oclu-
sión coronaria, tensión arterial eleva-
da, arteroesclerosis, apoplejía)..... SI NO

- 1) Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos?..... SI NO
- 2) ¿Le falta el aliento después de un ejercicio moderado?..... SI NO
- 3) ¿Se le inchan los tobillos?..... SI NO
- 4) ¿Tiene dificultad para respirar cuando está acostado, o necesita más almohadas cuando duerme?..... SI NO
- d) Alergia..... SI NO
- e) Asma o fiebre del heno..... SI NO
- f) Urticaria o erupción cutánea..... SI NO
- g) Desvanecimiento o ataques..... SI NO
- h) Diabetes..... SI NO
- 1) ¿Tiene necesidad de orinar mas de seis veces al día?..... SI NO
- 2) ¿Tiene sensación de sed con mucha frecuencia?..... SI NO
- 3) ¿Nota a menudo sensación de sequedad en la boca?..... SI NO
- i) Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática..... SI NO
- j) Artritis..... SI NO
- k) Reumatismo inflamatorio (tumefacción dolorosa de las articulaciones)..... SI NO
- l) Ulceras gástricas..... SI NO
- m) Trastornos renales..... SI NO

- | | | |
|--|----|----|
| n) Tuberculosis..... | SI | NO |
| o) ¿Tiene tos persistente? ¿Ha expectorado sangre alguna vez?..... | SI | NO |
| p) Hipotensión..... | SI | NO |
| q) Enfermedades venereas..... | SI | NO |
| r) Otras enfermedades..... | SI | NO |
| 7) ¿Ha tenido hemorragias anormales en ocasiones anteriores, intervenciones quirúrgicas o traumatismos..... | SI | NO |
| a) Se produce equimosis con facilidad?.... | SI | NO |
| b) ¿Ha necesitado alguna vez una transfusión sanguínea? En caso afirmativo, explique en que circunstancias..... | SI | NO |
| 8) ¿Padece algún trastorno de la sangre, - por ejemplo anemia..... | SI | NO |
| 9) ¿Le han operado o le han aplicado radioterapia por un tumor, abultamiento o cualquier alteración de la boca o labios..... | SI | NO |
| 10) ¿Toma alguno de los preparados siguientes?:..... | SI | NO |
| a) Antibióticos o sulfamidas..... | SI | NO |
| b) Anticuoagulantes (para aclarar la sangre)..... | SI | NO |
| c) Medicamentos para la presión sanguínea elevada..... | SI | NO |
| d) Cortizona (esteroides)..... | SI | NO |

- | | | |
|---|----|----|
| e) Tranquilizantes..... | SI | NO |
| f) Aspirina..... | SI | NO |
| g) Insulina, tolbutamida (orinase) o productos similares..... | SI | NO |
| h) Digital u otros preparados cardiotónicos..... | SI | NO |
| i) Nitroglicerina..... | SI | NO |
| j) Otros preparados..... | SI | NO |
| 11) Toma algún preparado medicamentoso..... | SI | NO |

Diga cuál es? _____

12) ¿Tiene alergia o ha padecido algún trastorno desfavorable a? _____

- | | | |
|--|----|----|
| a) Anestésicos locales..... | SI | NO |
| b) Penicilina u otros antibióticos..... | SI | NO |
| c) Sulfamidas..... | SI | NO |
| d) Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el insomnio..... | SI | NO |
| e) Aspirina..... | SI | NO |
| f) Yodo..... | SI | NO |
| g) Otras sustancias _____ | | |

23) ¿Padece alguna enfermedad o algún trastorno que no haya sido mencionado más arriba y que considere conveniente que yo lo sepa?.....

	SI	NO
--	----	----

En caso afirmativo, diga cuál es? _____

- 14) ¿Tiene dolor en la boca?..... SI NO
- 15) ¿Le sangran las encías?..... SI NO
- 16) ¿Cuándo visitó al dentista por última -
vez?..... SI NO
- 17) ¿Qué tratamiento le dió?_____
- 18) ¿Ha sufrido algún trastorno importante -
en ocasión de algún tratamiento dental -
anterior?..... SI NO

En caso afirmativo diga qué ocurrió_____

MUJERES.

- 19) ¿Está embarazada?..... SI NO
- 20) ¿Sufre trastornos relacionados con el -
período menstrual..... SI NO

OBSERVACIONES: _____

FECHA _____ FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL DENTISTA

C A P I T U L O V I I

VALORACION PARA LA ANESTESIA LOCAL Y GENERAL .

VALORACION PARA LA ANESTESIA LOCAL Y GENERAL

Antes de hacer cualquier tipo de anestesia, local o general debe realizarse un estudio previo del paciente. Es un procedimiento muy valioso - del que puede obtenerse mucha información útil. El estudio no debe insumir tiempo, especialmente antes de una anestesia local, en el consultorio dental. - Sin embargo, es inseguro proceder sin estudio previo.

VALORACION PARA ANESTESIA LOCAL.- Cuando el C.D. mediante el estudio previo adecuado, determina el verdadero estado del paciente, puede planear mejor la intervención.

El estudio previo debe ser tan bien planeado y organizado, que toda la información necesaria sea lograda en un mínimo de tiempo y esfuerzo.- Preocupará poco o nada al paciente, especialmente - si le informan que es un procedimiento de rutina. - El C.D. dependerá del estudio previo para determinar:

- 1.- El estado físico del paciente en general.
- 2.- La necesidad de consulta médica.
- 3.- La historia de una experiencia anestésica previa, desagradable.
- 4.- Si el paciente tiene sensibilidad a alguna droga.
- 5.- La necesidad de medicación previa.
- 6.- El tiempo para la intervención.
- 7.- La técnica o método a usar.

- 8.- La elección de una solución anestésica.
- 9.- Si se usará un vasopresor y cuánto.
- 10.- Si se empleará oxígeno.

Además el C.D. de observar atentamente al paciente buscando signos de nerviosidad, ojos sa lientes u otros síntomas de hipertiroidismo.

La vasta mayoría de los pacientes que tienen alguna clase de lesión cardíaca orgánica pue de tolerar un anestésico local, siempre que sean tr tados con cuidado. Las normas que regiran el tra tamiento de estos pacientes son las siguientes:

- 1.- Su estado debe conocerse mediante la consulta - con el médico.
- 2.- La intervención debe planearse según el estado - físico del paciente.
- 3.- Deben tener moderada medicación previa si están temerosos y aprensivos.
- 4.- Tendrán sesiones breves, para no fatigarlos sin necesidad.
- 5.- Se le administrará la menor cantidad posible de solución anestésica.
- 6.- El vasoconstrictor debe estar al mínimo, o ser - eliminado en caso necesario.
- 7.- Se administrará oxígeno nasal durante la inter- - vención.

Ninguno de los anestésicos locales en uso actualmente están contraindicados para el paciente cardíaco o hipertenso. Es generalmente el vasoconstrictor en la solución anestésica el que preocupa más y puede usarse en muchos casos cardíacos si no se excede la dosis establecida.

TECNICAS DE ANESTESIA A UTILIZAR.

El tipo de anestesia que utilizaremos para nuestras intervenciones de Terceros Molares será: Regional o Troncular, ya que ésta nos permite anestesiar parte de la arcada inferior o superior según sea el caso.

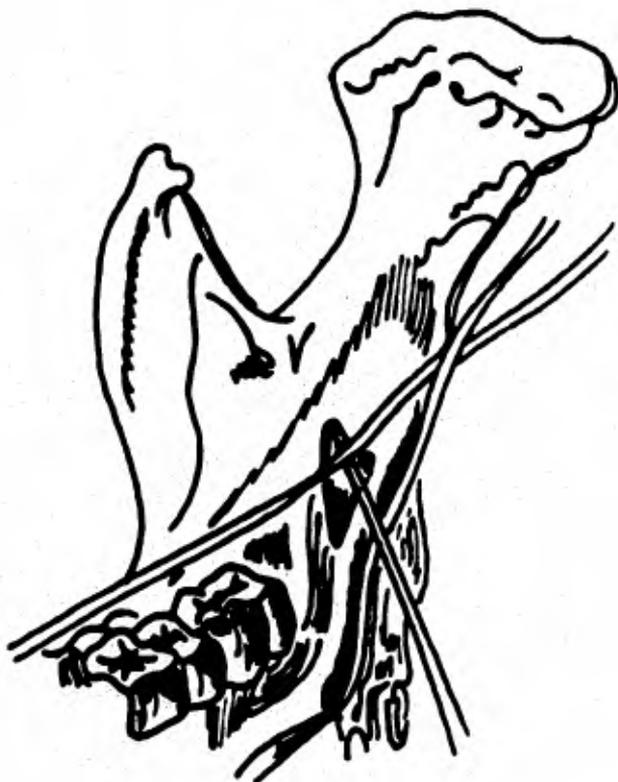
La anestesia Regional o Troncular, es la que se realiza poniendo la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa importante que se desee anestesiar, surcando los escollos anatómicos correspondientes; y así lograr una buena intervención, sin que el paciente perciba dolor alguno y evitarle posteriormente un trauma psicológico.

INYECCION MANDIBULAR.- Para realizar la anestesia del nervio dentario inferior es necesario: Jeringa de anestesiar, y agujas de 4 ó 5 cm. de diámetro de 6.

El paciente mantendrá la cabeza ligeramente hacia atrás, el maxilar inferior horizontal, la cavidad bucal a la altura del hombro derecho del derecho del operador.

La jeringa estará cargada con 3 mm. de solución anestésica, el bisel de la aguja irá dirigido hacia afuera. Con el cuerpo de la jeringa descansando sobre los premolares del lado opuesto se introduce la aguja paralelamente al plano oclusal de los dientes del maxilar inferior, hasta tocar hueso (no es necesario), se debe retirar ligeramen-

te el émbolo de la jeringa para cerciorarse de no haber caído en una vena o arteria. Posteriormente se dirige la jeringa hacia el otro lado de los premolares.

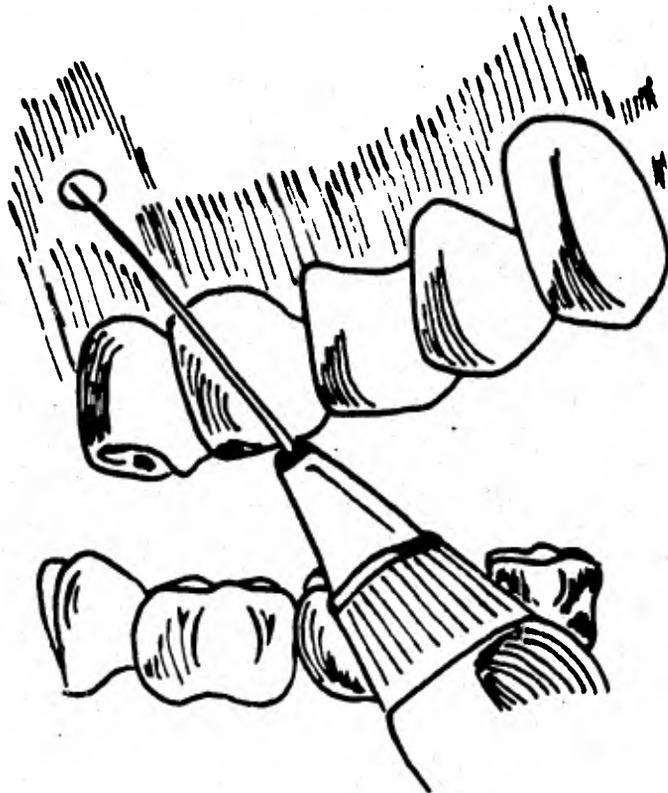


INYECCION DEL MAXILAR SUPEROPOSTERIOR.-

Para realizar la anestesia del nervio del maxilar superior, también necesitaremos de: jeringa, y aguja de 6 cm. de largo.

El paciente mantendrá la cabeza en forma vertical, con el plano oclusal de los dientes superiores colocados horizontalmente. El operador, para ambos lados, se encontrará a la derecha.

La boca del paciente permanecerá entre - abierta con la jeringa preparada, en el pliegue mucobucal sobre el segundo molar, se dirige la aguja ligeramente atrás y adentro, a los 3.5 cm. aproximadamente la aguja puede encontrar hueso, en tal caso se retira la aguja y se repite la maniobra a 2 cm.- se inclina hacia atrás forzándola sobre la comisura bucal. Con 3 ml. de solución se obtienen buenos resultados.



PRINCIPALES AFECCIONES

Las afecciones más frecuentes que preocupan al anestesista son:

HIPERTIROIDISMO.- Se observa en la exoftalmía típica, nerviosidad o aprensión inmotivada, pérdida de peso. En ella es esencial no usar vasoconstrictor.

ALERGIA.- Las reacciones alérgicas a las drogas anestésicas no son comunes y a veces pueden ser graves. El C.D. Debe estar enterado de los síntomas de reacción alérgica en caso de presentarla a un paciente, conociendo la droga a la cual es alérgico, para no usarla ni aplicarla usar otra, con la naturaleza química semejante.

DIFICULTADES EN EL SISTEMA RESPIRATORIO.- Los pacientes afectados de Asma deben considerarse como individuos alérgicos o tratados en consecuencia. La falta de aliento es casi siempre cardíaca más que de origen pulmonar.

Los afectados de Rinitis Crónica, Sinusitis, Laringitis, Bronquiectasia leve o Enfisema Pulmonar, no constituirán necesariamente problemas para la anestesia local, pero pueden ocurrir frecuentes interrupciones.

DIABETES.- El paciente diabético es un problema quirúrgico más que anestésico. Sería de desear que si el diabético está bajo atención médica el dentista consulte a éste respecto el estado del

paciente. Los diabéticos generalmente están bien informados de su estado y en la mayoría de los casos ofrecen la información adecuada al dentista.

VALORACION PARA ANESTESIA GENERAL: El - C.D. ocupa un lugar único entre los cirujanos especialistas, porque él sólo es responsable de la decisión de usar anestesia general para los pacientes - que no se hallan en un hospital. Esta decisión no - se ha de tomar con ligereza, sino después de la debida consideración. Para los pacientes hospitaliza- dos serán objeto de un examen físico rutinario, co- mo se hace con todos los pacientes de cirugía.

Las afecciones cardíacas más frecuentes que preocupan al anestesistas son:

AFECCION CARDIACA CONGENITA.- Por defec- tos de desarrollo del corazón. Su interés para el - dentista depende del grado en que afecta la función cardíaca.

AFECCION DE LA ARTERIA CORONARIA.- Es el resultado de un estrechamiento de la luz de los va- sos coronarios. Las manifestaciones clínicas son: - Angina de Pecho, Trombosis coronaria y la insufi- - ciencia miocárdica.

AFECCION VALVULAR CARDIACA.- Resulta de de una afección prolongada que causa obstrucción o es- tenosis de la abertura valvular. La Fiebre reumáti- ca es responsable de una elevada cantidad de defec- tos valvulares.

ARRITMIAS Y DEFECTOS DEL SISTEMA CONDUCTOR.- Es una desviación del ritmo normal del latido cardíaco.

CONGESTION CARDIACA.- Se afecta la capacidad funcional del corazón. Disminuye el impulso cardíaco y aumenta el tiempo de circulación.

HIPERTENSION.- La elevada presión arterial es síntoma de una afección latente.

Las afecciones pulmonares.- Cualquier afección leve de mecanismo de respiración puede alterar el curso de la anestesia.

INFECCION RESPIRATORIA SUPERIOR.- Las secreciones aumentadas junto con la fiebre y el aumento del ritmo metabólico pueden producir condiciones riesgosas que indican posponer la intervención.

BRONQUITIS.- Infección de la tráquea inferior y puede ser aguda o crónica. Se caracterizan por aumento de secreciones probablemente consecuentes a la congestión y edema de las membranas mucosas.

BRONQUIECTASIA.- Infección crónica con pronunciada dilatación y espesamiento de los bronquios terminales o espesamiento. La infección puede ser localizada en un sector o abarcar todo un lóbulo.

OBSTRUCCIONES.- Pueden deberse a enfermedad fuera del árbol traqueobronquial o tractos de -

aire. Las glándulas tiroides dilatadas pueden producir obstrucción parcial de la tráquea.

Cualquier desviación pronunciada del tabique nasal se advertira porque la respiración nasal es esencial para el mantenimiento de la oxigenación adecuada y a veces de la anestesia, cuando la boca está abierta y el tabique orofaríngeo en su lugar.

Los pacientes en estado asmático manifiestan un tipo de obstrucción respiratoria que con frecuencia interfiere con la respiración más que la inspiración.

ABSCESO PULMONAR.- Es el resultado de infecciones en los alveolos pulmonares y generalmente es consecuencia de la aspiración de cuerpos extraños.

ENFISEMA PULMONAR.- Hay distensión y rigidez de los alveolos pulmonares, pudiendo ser localizada o general.

La capacidad del paciente para realizar con eficiencia al intercambio de gases con la atmósfera externa o mecanismo de gases con la atmósfera externa o mecanismo de gas es tan esencial para una anestesia satisfactoria que es de la mayor importancia la valoración de los mecanismos respiratorios.

DISNEA Y TOS.- Son síntomas de tal importancia en la valoración del estado cardíaco y

pulmonar del paciente que es necesaria una detallada consideración de estos síntomas, los cuales no deben ser descartados o despreciados, mereciendo consulta médica y estudio a fondo.

C A P I T U L O V I I I

EXTRACCION POR DISECCION .

EXTRACCION POR DISECCION.

El método de extracción dentaria por disección consiste, como su nombre lo indica, en dividir previamente al diente antes de extraerlo, la disección puede ubicarse a nivel del cuello del diente, separando la corona de la porción radicular (en los dientes retenidos), o bien dividir el órgano dentario en dos o mas fragmentos de acuerdo con el número de raíces que posea. Con este método se trata de hacer de un cuerpo único tres elementos separados entre sí para extraerlo mejor.

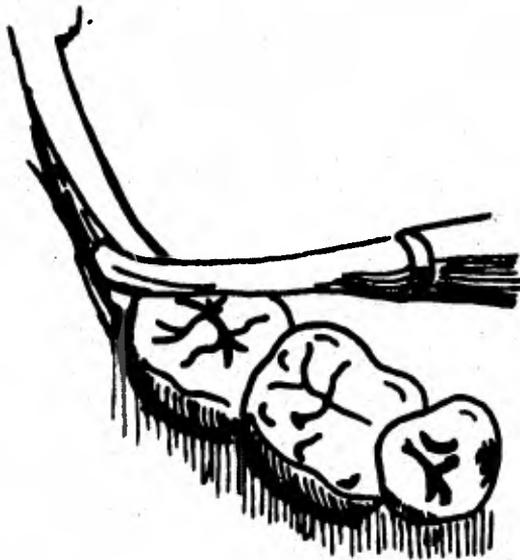
ODONTOSECCION.- Puede realizarse como un coadyuvante de la operación a colgajo, o llevarse a cabo sin colgajo previo. Pero por lo menos, debe prepararse un colgajo mínimo con el objeto de no herir y traumatizar tejido gingival.

Para la realización de la odontosección deberán de tomarse en cuenta las condiciones clínicas que se refieran al grado o intensidad de la calcificación del sistema óseo en adultos y ancianos de los cuales la elasticidad del hueso está disminuido, predisponiendo la fractura del molar durante la extracción y al estado de la corona del diente (molares con caries u obturaciones). Así como el estudio radiográfico previo, que nos dará la base más seria de la aplicación del método, como tamaño y forma de caries, grado de descalcificación de la corona, forma, tamaño y dirección de las raíces, cementosis, tratamientos radiculares, presencia de septum interradicular o hueso con condensación, contacto con el segundo molar, etc.

TIPOS DE COLGAJOS

1.- Preparación del colgajo.- En el caso de intentarse la extracción con un colgajo mínimo, se realiza una sola incisión vertical, (partiendo de la lengüeta interdientaria mesial, desciende 1/2 cm oblicuamente, hacia abajo y adelante. Con el mismo bisturí se realiza la sindesmotomía en las caras li y Bu del molar.

El colgajo retenido permite un amplio campo operatorio, y el colgajo no es traumatizado.



Debemos recordar que un buen colgajo debe tener una base ancha para la correcta nutrición del mismo.

Incisión lineal para 3er molar. Se secciona verticalmente la fibromucosa vestibular, ni cortar los vasos que por ella descurren. La incisión debe llegar profundo hasta el tejido óseo.

ODONTOSECCION

1.- OSTEOTOMIA.- Puede realizarse con fresa, escoplo y martillo o escoplo manual, con el cual se eliminará la porción necesaria del hueso.

2.- SECCIONAMIENTO DEL MOLAR.- Nos valemos de la ayuda de un disco de carburo que se aplica verticalmente en la porción media de la corona calculando coincidir con el espacio interradicular. Puede también seccionar el molar a nivel de su cuello separando la corona de las raíces, empleando esta maniobra con fresa redonda. La corona se eliminará con un golpe de escoplo. Se aplican y usan los elevadores. En caso de raíces fracturadas a niveles diferentes, puede el operador valerse de los elevadores angulares, extrayendo la raíz mayor a expensas del alveolo de la menor de la raíz menor con el nuevo espacio creado por la extracción de la primera raíz.

3.- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Separando los elementos pueden extraerse las raíces con pinzas en raíces rectas, o bien ser extraídas con el elevador recto ya que con éstos se evitan ries -

gos inútiles.

TECNICA DEL COLGAJO Y ODONTOSECCION DE LA EXTRACCION DE LAS RAICES.

1.- OPERACION COLGAJO Y ODONTOSEC -
CION.- Se aplica el método como ya se ha seña
lado.

2.- Seccionamiento de las raices con
la fresa de fisura colocada en ángulo recto.

4



SUTURA

SUTURA.- Proviene del latín sutur-sutu-Coser, unir. Existen dos tipos de sutura la absorbible, de origen biológico.

La no absorbible, de origen sintético.

DEXON.- Hilo absorbible de origen sintético a los siete días se desprenden los puntos. Pero tarda más en absorverse.

CATGUT.- Tejido conjuntivo de la pared interna o del epitelio del carnero. El catgut tratado con éter sulfúrico o sulfuro de carbono para desengrasarlo. Existe en calibre desde 2-1 ceros. El catgut esterilizado se le agrega alcohol etílico y se esteriliza a 60°C durante 6 horas por medio de tinalización. La tinalización es de tres días a 60°C por 8 horas diarias. Se embasa en un antiseptico que no altera, ni afecta la elasticidad y resistencia del material.

a) Catgut Normal.; Se absorbe de 8 a 10 días.

b) Catgut Tanico.- Absorción de 8 a 10 días. (con ácido tanico).

c) Catgut Cromico.- Este aumenta su tiempo de reabsorción y es de 15 a 20 y 30 días.

Las suturas se clasifican según su origen y reino de producción en 4 tipos.

- 1) Origen vegetal.- Algodón de lino actualmente en_ desuso.
- 2) Origen animal.- Pelo de caballo, tripa de gato y epitelio de carnero.
- 3) Origen mineral.- Oro y plata se usa en fracturas.
- 4) Origen artificial.- Sintéticos de los cuales hay derivados filamentosos de transparencia perfecta.

DERMALON.- De 1 a 10 ceros, este no se - usa en encía.

Los materiales no absorbibles se emplean para evitar el rechazo.

C A P I T U L O I X

COMPLICACIONES EN CIRUGIA DE TERCEROS
MOLARES.

ACCIDENTES INMEDIATOS

Durante la realización de la anestesia local o después de ella pueden ocurrir una serie de accidentes y complicaciones mediatas o inmediatas.

MEDIATOS.-

DOLOR.- Al realizar una inyección, la aguja puede tocar un nervio y provocar un dolor de distinta índole, intensidad, localización, irradiación, persistencia por horas o días.

El dolor subsiguiente a la inyección que no debe confundirse con dolor posquirúrgico, se puede deber a inyecciones con agujas desafiladas, que desgarran los tejidos a la introducción demasiado rápida de las soluciones anestésicas que éstas están muy calientes o muy frías. El desgarro de los tejidos gingivales y sobre todo del periostio es causa de molestias posoperatorias de intensidad variable.

LIPOTIMIA, SINCOPE.- En ocasiones es neurogénico y el medio la causa originaria.

La adrenalina de la solución anestésica tiene en otras circunstancias un papel importante, entre o no en la patología cardíaca del paciente, con cierta frecuencia durante la realización de la anestesia o algunos minutos después el paciente describe un cuadro clínico ya descrito, Palidez, taquicardias, sudores fríos, nariz afilada, respiración ansiosa. De este estado puede recuperarse en pocos minutos o entrar en un cuadro más serio.

El fenómeno puede producirse durante la administración de cualquier tipo de anestesia local, pero es más común en el curso de la truncular.

La inyección del anestésico en un vaso sanguíneo hace más importante la gravedad del cuadro.

Tratamiento de la lipotimia.- Preventivo y el del accidente.

Tratamiento preventivo: Pensando en la posibilidad de que el accidente se produzca; ellos nos harán tomar en cada caso las medidas necesarias; como sentar cómodamente al paciente; aflojar sus prendas, para facilitar su circulación, comprobar antes de inyectar que la aguja no está en un vaso, inyectar lentamente (sobre todo en las inyecciones trunculares). Siguiendo estas normas se evitan accidentes.

Será recomendable depositar 2 o 3 gotas de solución anestésica carente de adrenalina en pacientes cardíacos y esperar 2 o 3 min. antes de realizar la inyección completa.

EL TRATAMIENTO DE EL ACCIDENTE.-

Depende del grado de accidente; como las lipotimias fugaces que desaparecen recostando al paciente con la cabeza más baja que su cuerpo o con la cabeza entre sus rodillas, o administrando una taza de café, unas gotas de amoníaco, o haciéndole respirar unas sales aromáticas.

Los casos graves requieren inyectar ca - feína, aceite alcanforado o coramina. (niketamida).

En pacientes nerviosos o con anteceden - tes, será útil una narcosedación nasal.

ROTURA DE AGUJA EN TEJIDOS.-

Relativamente más frecuente en aneste - sias tronculares, la prevención del accidente será teniendo nuestras agujas en perfecto estado, es de - cir que no estén oxidadas, ni muy usadas debemos - evitar flamearlas.

Usaremos agujas un poco más largas, para en el caso de rotura poderla sujetar del lado ex - puesto por medio de cirugía.

Otras dos razones para la ruptura de agu - ja son movimientos intempestivos del paciente y con tracción repentina del pterigoideo interno.

TRATAMIENTO.- Cuando es inmediato se ha - rá una incisión a nivel del lugar de la inyección y disección de los tejidos con un instrumento como y - extraer con pinzas de Kocher la herida se sutura - con dos puntos de hilo nylon o seda.

Cuando ha pasado algún tiempo del acci - dente se tomarán radiografías de frente y perfil pa - ra su localización exacta. Teniendo cuidado de no - introducir más el trozo. Ya localizada lo conducire - mos hacia la mucosa con unas pinzas de Kocher, ya - que se localiza un extremo se extrae con ayuda de -

unas pinzas de disección, se procede a suturar con dos puntos.

HEMATOMA.- La punción de un vaso sanguíneo origina un derrame, de intensidad variable, sobre la región inyectada.

La complicación no es muy frecuente, por que los vasos se desplazan y no alcanzan a ser punzados. Este accidente es común en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitario o mentoniano, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo.

El derrame sanguíneo es instantáneo y tarda varios días en desaparecer, tal como los hematomas quirúrgicos.

Tratamiento; aplicación de bolsas con hielo en el lugar de la punción.

PARALISIS FACIAL.- Ocurre en la anestesia troncular del dentario inferior, cuando sea llevada la aguja por detrás del borde parotideo, del hueso y se inyecta la solución en plena glándula parotida.

Tiene todos los síntomas de parálisis de Bell: Caída del parpado e incapacidad de inclusión ocular, además de caída y desviación de los labios. Es un accidente alarmante, del cual el paciente no se percata.

La parálisis es temporaria y dura el tiempo que dura la anestesia, no requiere tratamiento.

ISQUEMIA DE LA PIEL DE LA CARA.- En algunas oportunidades a partir de cualquier anestesia, se nota sobre la piel de la cara del paciente zonas de intensa palidez, debido a isquemias sobre esta región.

Está originada por la penetración y transporte de la solución anestésica con adrenalina en la luz de la vena la adrenalina ocasiona la vasoconstricción isquemiante, no requiere tratamiento.

INYECCION DE LAS SOLUCIONES EN ORGANOS VECINOS.- No es muy comun. El líquido puede inyectarse en las fosas nasales, durante la anestesia del nervio maxilar superior; no origina inconvenientes. La inyección en la órbita durante la anestesia de los nervios dentarios anteriores o maxilar superior, puede causar diplopia (visión doble), exoforia o esoforias, (desviaciones oculares hacia afuera o adentro), que duran lo que el efecto de la anestesia.

No requiere tratamiento.

ACCIDENTES MEDIATOS.

PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA.- Después - de la inyección del dentario inferior, puede ser - que la anestesia se prolongue días, semanas y aún - meses.

Esta complicación se debe, cuando no es de origen quirúrgico, el desgarramiento del nervio de agujas con rebabas, o la inyección del alcohol junto con la novocaina, alcohol que puede quedar de residuo en la jeringa, en aquellos casos en los que se acostumbra conservar estos instrumentos en ese material.

Tratamiento.- El tratamiento más eficaz es el tiempo. El nervio regenera lentamente y después de un período variable, la sensibilidad.

INFECCION EN EL LUGAR DE LA PUNCION.- La inyección en la mucosa puede acompañarse de procesos infecciosos su nivel; la falta de esterilización de la aguja o de antiseptia del punto de punción son los culpables.

La inyección séptica a nivel de la espina de Spix, ocasiona trastornos más serios, abscesos y flemones, acompañados de fiebre, trismos y dolor.

Tratamiento.- Calor, antibióticos y apertura quirúrgica de los abscesos.

DOLOR.- Puede persistir el dolor en el -

lugar de la punción; esto sucede en la anestesia -
del dentario inferior cuando la aguja ha lastimado -
la cara interna del maxilar.

Las inyecciones subperiosticas suelen -
acompañarse de dolor que persiste algunos días. Lo -
mismo sucede en la inyección anestésica de los mús-
culos. La lesión de los troncos nerviosos, por la -
punta de la aguja, origina por su parte neuritis -
persistentes.

El tratamiento puede realizarse con onda
corta, infrarojos y complejo vitamínico B.

C A P I T U L O X

INDICACIONES POSOPERATORIAS .

INDICACIONES POSOPERATORIAS.

Es una de las etapas más difíciles para el paciente lo cual debe vigilar el cirujano Dentista y el paciente para llevar al éxito la intervención.

El cirujano se encargará de vigilar el pulso, Presión arterial, emuntorios y alimentación.

Alimentos del recién operado.- Durante las primeras 6 hrs. será líquido, (te, naranjada, caldo tibio) después jugo de carne, dulce de leche, jugo de tomates, fideos, huevos tibios, gelatina.

Así también deberá hacer enjuagatorios.

El tratamiento médico a seguir será antibióticos, quimioterapicos, corticoides.

Se recomienda reposo por algunas horas con la cabeza en alto.

Ponerse hielo en la cara, sobre la re-gión operada durante 15 min. descanso 15 min. por varias horas.

Si se dejara gasa protectora se deberá retirar después de unas horas, inmediatamente después enjuages de agua con sal cada 2 hrs.

Si tubiera una salida mayor al normal de sangre realizar un taponeamiento con gasa estéril -

y morder durante 30 min. sin siquiera llamar al médico.

Otros problemas con los que nos podemos encontrar y que hay que tener cuidado son los siguientes:

ABCESO SUBPERIOSTICO DISECANTE.

Existe un tipo de infección subperiostica que ocurre varias semanas de extraer sin incidentes un tercer molar inferior. Puede presentarse primariamente como tumefacción indurada del tejido mucoperiostico que llega incluso al primer molar y segundo premolar. Puede hacerse progresivamente adematosa e indolora y convertirse en un absceso subperiostico fluctuante, visible y palpable, que ha emigrado del sitio de extracción del tercer molar, por debajo del periostio, hasta el punto de fluctuación. En estas circunstancias, deben emplearse inmediatamente antibióticos y tan pronto como haya fluctuación palpable se hará incisión y drenaje.

La incisión comienza en el punto de origen, que como es la región del tercer molar, profundamente en el vestíbulo bucal, y se extiende hacia delante hasta el sitio de fluctuación. La incisión se hace por el mucoperiostio hasta el hueso, los tejidos en ambos lados de la incisión deberán ensancharse utilizando una pinza hemostática; toda la herida se taponea con gasa yodoformada, impregnada con un analgésico antiséptico y lubricante.

Este apósito no se cambia diariamente, -

sino se deja puesto, lo que mantiene la herida - -
abierta, y permite que salga el exudado purulento, -
se observará cada 48 hrs. por lo menos 6 días. Si -
durante este tiempo el apósito es expulsado por la -
acción de los músculos masticadores, debe introdu- -
cirse otro para que la herida permanezca abierta, -
permitiendo así la cicatrización de tejidos de gra-
nulación desde el fondo.

ABSCESO POSOPERATORIO DEL ANGULO DE LA MANDIBULA.

Puede ocurrir varios días después de la extracción del tercer molar. Se acompaña de intenso malestar, trismo y dificultad a la deglución. Los síntomas se agravan progresivamente hasta que el paciente tiene gran dificultad al abrir la boca y permitir el examen apropiado. Cuando se presentan estos síntomas y no hay signo en la superficie bucal y oclusal de la herida, se sospechará de este tipo de absceso lingual. Entonces es indispensable el examen digital de la región interna del ángulo de la mandíbula ya sea usando la percusión, la sedación o la fuerza.

En esta región se observará edema y abultamiento tisular sumamente doloroso. Cuando se descubre fluctuación se introduce por la herida del tercer molar una pequeña pinza hemostática curva, cerrada; se introduce entre el periostio y la cara lingual del hueso y deslizándola a lo largo del hueso se adelanta hacia abajo y atrás, hasta llegar al absceso. Se abre la pinza en toda su extensión para agrandar el trayecto por el cual ascendió la infección. Si el diagnóstico se hizo a tiempo, el pus saldrá inmediatamente después de quitar la pinza. Entonces se introduce un aspirador para cerebro, de punta redonda, de tipo Adson, para eliminar la mayor cantidad posible de pus; la compresión ligera de los tejidos debajo del ángulo de la mandíbula puede ayudar la secreción por la abertura intrabucal.

Después, se introduce un pedazo de tela

de caucho doblada, de 1.25 cm. o un dren pequeño de penrose, hasta la parte más profunda del absceso, - dejando que un extremo salga ligeramente en la herida. Se administrarán simultáneamente antibióticos.

OSTEOMIELITIS.

La osteomielitis aguda ocurre más frecuentemente en la mandíbula que en el maxilar superior. Empieza como infección de la región esponjosa o malar del hueso, que generalmente entra por una herida o por una solución de continuidad a través de la capa cortical, permitiendo así que la infección entre en la porción central. Esta infección puede ser el resultado de una infección periapical o pericoronar antes de una intervención quirúrgica o puede ser introducida por la aguja de la inyección, especialmente cuando se utiliza la anestesia a presión o intra ósea.

La infección puede localizarse o difundirse a través de todo el espacio medular de la mandíbula o de los maxilares superiores y puede ir precedida de una infección aguda o por una celulitis séptica o puede provenir de lo que aparentemente fue una extracción sencilla de un diente infectado.

La osteomielitis se acompaña de disminución de resistencia del individuo a las bacterias que invaden el hueso. La osteomielitis era común antes de los antibióticos y de la quimioterapia. Frecuentemente era resultado de la extracción del tercer molar.

Los síntomas incluyen dolor profundo persistente, ocasionalmente acompañado de parestesia intermitente del labio. Generalmente hay edema de los tejidos blandos sobre adyacentes y periostitis. El paciente puede sufrir malestar y elevación de

temperatura. El estado puede persistir hasta el punto en que la infección atraviese el hueso cortical e invada los tejidos blandos formando una induración_ seguida de absceso manifiesto.

Radiográficamente hay variaciones así como clínicamente, de manera que es difícil hacer un_ diagnóstico temprano.

FARMACOLOGIA.

Es recomendable recetar al paciente alguna droga antes de la intervención ya que ésta ayudaría al paciente en su stress nervioso. El pentobarbital (nembutal) y el secobarbital (Seconal) han demostrado ser lo más eficaces para calmar la ansiedad de los pacientes.

La dosis media para adultos cualquiera de estas drogas tomada al acostarse la noche anterior a la cita es de 150 mg. También se administra media hora antes por vía oral en dosis de 50 a 100 mg.

Los más conocidos tenemos al VALIUM, DEASEPAM.

ES CONVENIENTE recetar antiinflamatorios, Analgésicos por vía oral se encuentran en un mismo medicamento como en el caso de DOLOTANDERIL una capsula cada 8 hrs.

WINASORB dos tabletas después de la intervención, cada cuatro horas una hasta que cese el dolor o malestar.

Antibióticos para prevenir la infección, el antibiótico por excelencia es la penicilina por su amplio espectro se encuentra en el mercado en capsulas como PENPROCICLINA, una tableta cada 8 hrs. tres días.

LINCOSIN.- Cada 8 hrs. tres días.

Para los pacientes alérgicos a la penicilina se les dará Eritromicina.- Como la pantomicina cada 8 hrs. si fuera necesario, de no ser así se le administrará cada 12 hrs.

CONCLUSIONES.

Al término de nuestro trabajo, observamos que la cirugía de los 3er. molares, que pueda y debe ser realizado en cualquier consultorio dental con los debidos cuidados de higiene, y práctica, así como con un profesionalismo y éticas debidas.

En nuestra época es de lo más común que un paciente llegue a cualquier clínica, consultorio u hospital con un dolor característico de un 3er molar en mal posición; desconociendo dicho paciente el origen a la causa; el cual solamente podrá ser diagnosticado mediante un estudio radiográfico.

El paciente por lo regular, creará que el dolor es provocado por una caries o bien por algún golpe recibido en dicha zona.

Nosotras al través de nuestro trabajo, tratamos de explicar, los pasos, técnicas y tratamientos a seguir en la extracción de un 3er molar que está causando problemas, de la manera adecuada, sin que por eso, dicho paciente se vea en la necesidad de acudir a un hospital, para ser tratado quirúrgicamente, con los posteriores traumas que significa, una anestesia general, sino tratándolo desde el punto de vista menos complicado.

En nuestras conclusiones pudimos observar que este padecimiento puede llegar a ser de un alto porcentaje.

BIBLIOGRAFIA

QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO
Tratado de Anatomía Humana
Décima Sexta Edición 1977
Editorial Porrúa.

VALENT ORBAN
Histología y Embriología Buco Dental
4a. Edición Año 1979
Editorial Interamericana.

RIEZ CENTENO GUILLERMO
Cirugía Bucal
2a. y 7a. Edición
Editorial El Ateneo.

GUSTAV O. KRUGER
Tratado de Cirugía Bucal
4a. Edición 1978
Editorial Interamericana.

GINESTET GUSTAV
Cirugía Estomatológica y Maxilo Facial
2a. Edición 1967
Editorial Mundi
S.A.C.I.F.

ARCHER W.H.
Cirugía Bucal Tomo I
2a. Edición
Editorial Mundi
S.A.C.I.F.

LEONARD M. MONHEIM

Anestesia General en la Práctica

2a. Edición 1979

Editorial Interamericana.

ALVIN L. MORRIS

Las Especialidades Odontológicas en la Práctica
General.

4a. Edición 1980

Editorial Labor.