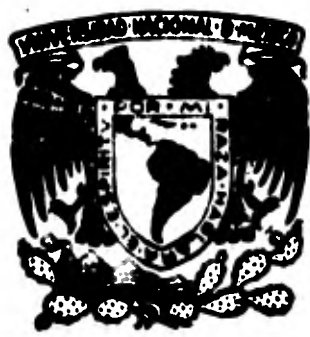


2ej. 519



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

[Handwritten signature]
27-12-82



ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

EVANGELINA MARQUEZ MEJIA

México, D. F.

1982



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

INTRODUCCION.

CAPITULO	I	PATOLOGIA DE LOS ACCIDENTES DEL TERCER MOLAR-INFERIOR.
CAPITULO	II	TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.
CAPITULO	III	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.
CAPITULO	IV	INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO.
CAPITULO	V	REQUISITOS PARA LA INTERVENCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.
CAPITULO	VI	CASO CLINICO: CIRUGIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.
CAPITULO	VII	DIFERENTES TECNICAS PARA LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.
CAPITULO	VIII	POSOPERATORIO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

En su retención ó al hacer erupción el tercer molar inferior produce una serie de accidentes patológicos de diferentes aspectos; estos accidentes tienen lugar en todos los climas y en muy distintas edades, en los dos sexos y en ambos lados - de los dos maxilares.

Los accidentes que se van estudiar se producen con mayor frecuencia en individuos de raza blanca y una de las razones mecánicas más importante es por falta de espacio.

La raza negra esta libre de estos procesos ya que su mandibula es más grande y permite la erupción de todos los terceros molares sin provocar algún traumatismo.

En algunos estudios realizados se ha comprobado que los accidentes de erupción del tercer molar en raza blanca y en individuos de nuestro país aumenta en número y en intensidad en las últimas generaciones.

En cuanto a sexo se ha encontrado un ligero predominio en la mujer y esto se atribuye a los estados fisiológicos femeninos que exacerban los accidentes de la erupción de los terceros molares superiores e inferiores.

La edad en que tienen lugar los procesos de erupción varía entre los 18 y 28 años de edad; pero se han reportado casos de pacientes de 15 años (niñas) y ancianos de 73, 78, 82, años de vida; por lo cual se deduce que la erupción de los terceros molares no se realizan en una edad límite ya que es muy variable en cuanto a la raza y sexo, Wirite da como referencia según sus estudios, que las edades más comunes para la erupción de los terceros molares oscila entre los 20 y 30 años de edad.

Nishimura da como referencia de 20 a 25 años de edad . En cambio Williger, a su vez reporta que los accidentes de erupción se presenta de los 17 a los 30 años de edad .

En resumen como podemos observar no se puede decir una edad exacta para la erupción de los terceros molares inferiores.

CAPITULO I.

PATOLOGIA DE LOS ACCIDENTES DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Los accidentes de erupción del tercer molar inferior se deben a la infección del saco pericoronario. La pericoronaritis tiene repercusiones locales, regionales y a distancia, para producirse la infección del saco pericoronario se relacionan dos factores de gran importancia .

1. El aumento de la virulencia microbiana y disminución de la defensa del organismo.
2. El establecimiento de una puerta de entrada para la infección la que esta condicionada por factores mecánicos, como los traumatismos ejercidos sobre el capuchón que cubre el tercer molar originados por las cúspides del diente en -- erupción y las cúspides de los dientes antagonistas ó ambos provocando dolor de intensidad variable.

Capdent explica que el saco pericoronario es la puerta de entrada para la formación de procesos infecciosos inclusive llegando a transformar en quistes dentígeros, todo esto debido a la gran variedad de microorganismos que se encuentran en cavidad bucal. Siendo esta una cavidad cerrada exacerbán su virulencia ya que penetrando los microbios entre el diente y la pared de la cavidad del saco folicular escapan a los diversos mecanismos de defensa de la cavidad bucal.

La disposición anatómica hace posible la retención microbiana y esto puede ser una condición para ser una condición para -- que ocurran los accidentes. La falta de espacio ocupa el primer lugar en la producción de los accidentes de los terceros molares retenidos.

TEMA I.

Los accidentes originados por el tercer molar son de gran variedad clínica y distinta intensidad, desde el proce o local hasta el **flemón gangrenoso del suelo de la boca.**

a) Accidentes mucosos; son las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean al molar retenido.

La pericoronaritis es la lesión inicial de los procesos patológicos de la erupción; la pericoronaritis se caracteriza por hechos clínicos particulares, estos se originan en relación con la erupción del molar del juicio y su inicio puede ser brusco e incidioso a nivel del capuchón que cubre el molar retenido ó parcialmente retenido, se instala un proceso inflamatorio con dolor calor y rubor.

El dolor casi siempre es precoz; puede quedar localizado a la región del capuchón ó irradiarse en la línea del nervio dentario inferior ó tomar distintas vías en algunas ocasiones el dolor se unice en el oído o al nivel del tragus. El dolor es nocturno y aumenta con el roce de los alimentos o cambios de temperatura, el dolor se debe a fenómenos de compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamada o a la presencia de una úlcera debajo del capuchón .

La encía que cubre el molar se encuentra edematizada; de volumen aumentado; la encía cambia de color y se presenta color rojizo o violáceo y cubierta por **saburra** y restos alimenticios y en ocasiones por coágulos de **sangre.**

La vasodilatación ocasiona cambios de temperatura de la región afectada, el cuadro inflamatorio repercute en el estado general presentandose **fiebre, anorexia, astenia, adenitis, trismus** y se dificulta la masticación.

b) Accidentes nerviosos: son originados por el tercer molar en erupción son idénticos a los producidos por los dientes retenidos, la presión sobre el nervio dentario inferior puede incidir en trastornos reflejo-símicos y neurotróficos que se producen en herpes, peladas, canicie entre los accidentes nerviosos debe considerarse el trismus como reacción antálgica.

c) Accidentes celulares: la inflamación y el absceso pueden tomar varias vías. Hacia adentro, arriba y atrás la colección purulenta puede abrirse camino entre el músculo constrictor superior de la faringe y la mucosa faríngea y amigdalina produciendo absceso del pilar anterior o subamigdalino.

Hacia atrás y arriba entre el músculo temporal el absceso puede llegar hasta la fosa temporal (este accidente es muy raro) hacia adentro por esta vía los procesos supurativos se internan internan en la cara interna del maxilar y la mucosa y los órganos de la región sublingual, el absceso puede llegar al suelo de la boca entre el músculo milohioides y las regiones subyacentes dando origen a los procesos graves como angina de Ludwig, flemones circunscritos o difusos del piso de la boca

Hacia afuera y atrás; rodeando el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula el proceso abre camino hacia el músculo masetero al atravesar la vaina muscular puede dar un flemon maseterino o un absceso caracterizado por un trismus intenso y la aparición de inflamación sobre la cara externa de la rama montante de una tumefacción.

Hacia afuera y adelante siguiendo la disposición anatómica la colección purulenta se dirige hacia adelante dando un absceso de gran magnitud.

En la vía externa partiendo del tejido celular submucoso del capushón gingival de el tercer molar atravez del tejido conjuntivo que envuelve los haces de inserción inferior del buc-

cinador a la altura del espacio comprendido entre la rama externa de la cresta temporal y la línea oblicua externa desembocando en el paralelepipedo(fig.I) .

En la vía anterior, la fusión purulenta se desarrollaría a lo largo del tejido submucoso del surco vestibular inferior desde el tercer molar hasta el segundo premolar depositándose en esa zona en el proceso infeccioso.

d) Accidentes óseo; los accidentes óseos como complicaciones de una pericoronaritis son sumamente raros, pero los que se llegan a presentar son osteomielitis con grandes sequestratos - osteoflemones pero en tales casos el proceso infeccioso fue una complicación inmediata de la infección del saco folicular

e) Accidentes linfáticos o ganglionares: la repercusión ganglionar en el curso de una pericoronaritis es un hecho frecuente y común, se puede decir que en las infecciones del saco pericoronario se acompaña con problemas ganglionares y este accidente se trata por lo general de una adenitis que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario.

f) Accidentes tumorales: los terceros retenidos originan tumores odontogénicos: estos tumores son los quistes dentígeros - que pueden infectarse dando procesos supurativos y que pueden complicarse con osteítis y osteomielitis. Los restos de saco pericoronario ubicados en el lado mesial o distal del tercer molar pueden no desaparecer del todo originando un granuloma posterior o anterior o quiste marginal del tercer molar, la patogenia de estas formaciones están en directa relación con la embriología dentaria.

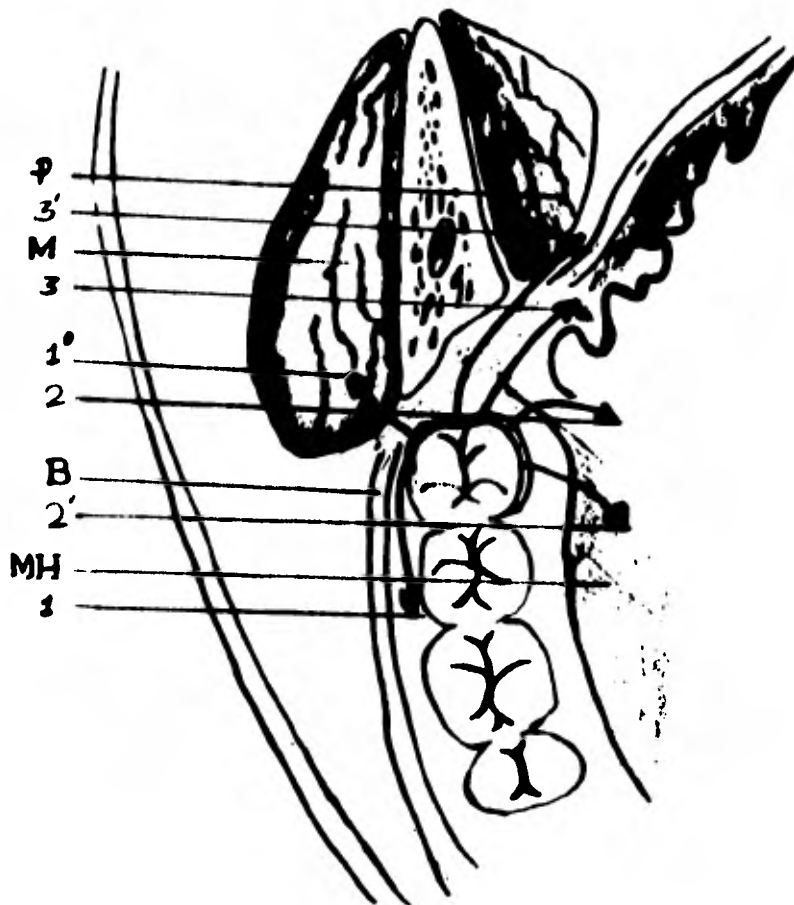


Fig.I complicaciones de la pericoronaritis.

Absceso de evolución externa.

- I. Absceso buccinatomaxilar.**
- I' Absceso de la "loga" maseterina.**

ABSCESO DE EVOLUCION INTERNA.

- 2 Absceso del maxilar interno**
- 2° Absceso del suelo de la boca.**

ABSCESOS A EVOLUCION POSTERIOR.

- 3. Absceso del pilar anterior .**
- 3° Absceso subamigdalino.**

- P. músculo pterigoideo interno.**
- M. músculo masetero.**
- B. buccinador.**
- MH. milohioideo.**

Thibault.

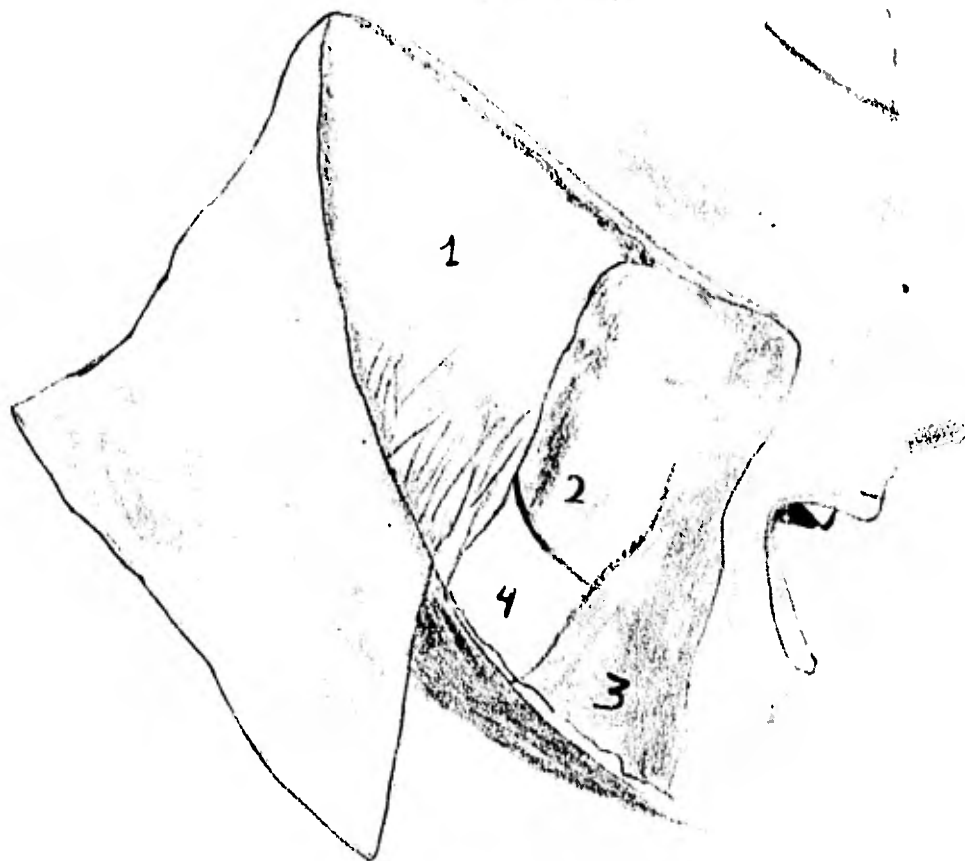


Fig. 2 EL PARALELEPIPEDO COLECTOR ESTA CONSTITUIDO POR:

1. **Músculo masetero.**
2. **Músculo buccinador.**
3. **Músculo triangular de los labios.**
4. **Músculo maxilar.**

Dr. FIGUIN.

CAPITULO II.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR .

TEMA. I. ACCIDENTES DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Los accidentes del tercer molar inferior pueden ser tratados por procedimientos medicos y quirurgicos.

I. Tratamiento de la pericoronaritis, cuando esta presente una pericoronaritis aguda el paciente presenta trismus de grado variable mal aliento, fiebre decaimiento general y repercusión ganglionar. El tratamiento de la pericoronaritis se puede realizar por dos medios el médico y el quirurgico.

a) Tratamiento médico de la pericoronaritis; primero se lavará el capuchón con presión moderada con una solución antiséptica débil como agua oxigenada o perborato de sodio para la limpieza de las secreciones se debe administrar enjuagatorios que actuen como emolientes. Las ulceras situadas debajo del capuchón seran tratadas de igual manera, los antibioticos son indispensables en estos casos y se deben prescribir de acuerdo a la necesidad del paciente .

b) Tratamiento quirurgico: en presencia de un proceso submucoso debajo del capuchón este debe ser abierto quirurgicamente a bisturi y posteriormente cuando disminuya la inflamación se debe de realizar la extracción del molar para solucionar el problema y no haya de nuevo una exaservación.

I. Eliminación quirurgica del capuchón ; la eliminación de este se debiera realizarse cuando no existe ningún proceso o -- cuando han cesado las molestias de otra manera no se debiera tocar el capuchón que cubre al molar en erupción y este puede ser eliminado cuando condiciones anatomicas así lo indiquen -- las cuales se refieren a dos puntos esenciales :

a) Forma y límite del capuchón la eliminación quirurgica se debe estudiar con cuidado y ser considerada, únicamente se debe de reseca los capuchones que cubren a manera de lengüeta el molar de la erupción, los capuchones que estan forma-

dos por una prolongación del pilar anterior no deben ser rese-
cados por ningún motivo .

b) Posición del tercer inferior en erupción: los únicos casos
que indican la eliminación quirúrgica del capuchón es en
los casos donde el molar se encuentra en posición vertical
y la corona a la misma altura del segundo molar (figs. 5, 6,
y 7 tratamiento quirúrgico del capuchón).

3. Tratamiento de los accidentes mucosos.

a) Tratamiento de las gingivoestomatitis ulceromembranosas, es-
tos focos infecciosos deben ser tocados con una torunda de
algodón mojada en una solución de ácido crómico al 10%.

4. Tratamiento de los accidentes nerviosos: Los trastornos neu-
rotróficos y nerviosos sólo terminan con la eliminación de la
causa (eliminación del capuchón) el trismus se puede tratar -
modificando el estado infeccioso.

5. Tratamiento de los accidentes celulares.

Los abscesos producidos como complicación celular de la perio-
coronaritis deben ser incididos a bisturí.

6. Tratamiento de los accidentes óseos.

Este tipo de tratamiento entra dentro de la cirugía bucal se-
debe de llegar el hueso que se encuentre afectado hasta lle-
gar a hueso sano .

7. Tratamiento de los accidentes linfáticos y ganglionares.

Las adenitis simples mejoran con el tratamiento médico de la
pericoronaritis, los adenoflemones deben ser tratados y abier-
tos por vía externa este tratamiento entra en cirugía general

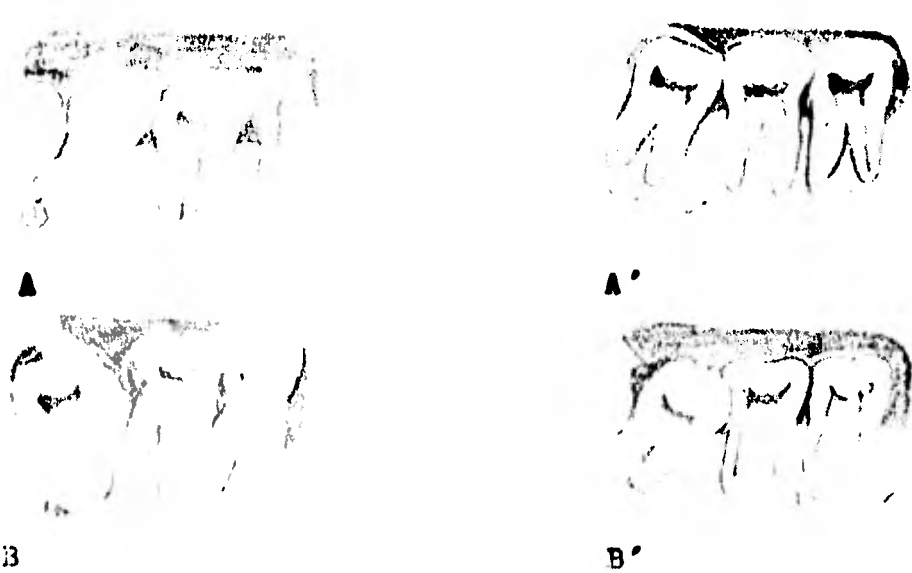
8. Tratamiento de los accidentes tumorales.

Los granulomas y quistes marginales posteriores o anteriores-
deben ser eliminados si no se desprenden en el acto de la ex-
tracción dentaria la resección puede efectuarse con cucharill-
as para hueso, el raspado debe llegar profundamente hasta per-
cibirse la sensación del hueso y extirpar todos los bordes -
marginales para evitar la producción de afecciones serias.

Exteorerización y
ubicación del pro-
ceso supurativo en
la región del para-
lelepípedo colector
de Chompret.

fig. absceso buccinato maxilar.

Fig. terceros molares inferiores retenidos con variados
procesos a nivel del segundo y tercer molar (A).



Terceros molares inferiores retenidos que presentan
granulomas anteriores de variedad y extensión varia-
ble. (B).



fig. 5

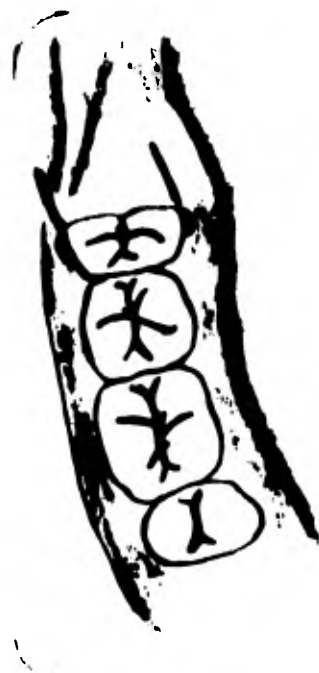


fig.6



fig.7

Fig. 5 Resección quirúrgica del capuchón del tercer molar
 Con espátula de Freer se realiza la separación del
 capuchón de la cara triturante del tercer molar re-
 tenido.

Fig. 6 Se hacen dos incisiones paralelas a la altura de
 los bordes bucal y lingual de la cara triturante,
 del tercer molar inferior retenido.

Fig. 7 Se tracciona el capuchón con una pinza de cocher
 y se corta con una tijera curva a nivel del -
 borde distal de la cara triturante del tercer-
 molar inferior retenido.

TEMA II. CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Los terceros molares inferiores retenidos ocupan diversas posiciones dentro de la mandíbula de acuerdo a esto se dan las diferentes clasificaciones. Winter ha sido el creador de las distintas clasificaciones de los terceros molares retenidos - con fines quirúrgicos y de acuerdo con la posición que mantienen en los maxilares para esto se basa en cuatro puntos esenciales :

1. La posición de la corona .
2. La forma radicular .
3. La naturaleza de la osteoestructura que rodea al molar retenido.
4. La posición del tercer molar con relación al segundo.

I. POSICION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

- a) Retención vertical: en este tipo de retención puede estar , total o parcialmente cubierto por hueso pero lo característico de esta posición es que su eje mayor es ligeramente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar inferior.
- b) Retención horizontal: en este tipo de posición el eje mayor es ligeramente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar inferior.
- c) Retención mesioangular: en este caso el eje del tercer molar esta dirigido hacia el segundo molar formando con el eje de este molar un ángulo variable entre lo 45° .
- d) Retención distoangular; aquí el eje mayor esta dirigido hacia la rama montante por lo tanto la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable de acuerdo con el ángulo que esta desviado .
- e) Retención invertida: la corona esta dirigida hacia al borde inferior del maxilar y sus raíces a cavidad bucal es muy poco común esta retención y también se le llama paranormal
- f) Retención bucoangular: en este tipo de retención el tercer molar ya no ocupa como en las anteriores posiciones el mis

mo plano que el segundo y primer molar inferior, su eje es perpendicular al plano en que estan incrustados estos dientes y la corona del molar retenido esta hacia la parte bucal.

g) Retención linguoangular: en este tipo de retención el eje es perpendicular al plano en que estan orientados los molares anteriores pero la corona del molar retenido esta dirigido hacia lingual .

2. Desviación del tercer molar inferior retenido.

El tercer molar también puede presentar cuatro tipos de desviaciones en su relación con su corona.

a) Normal: en este caso no existe ninguna desviación y el tercer molar sigue la forma de la arcada.

b) Desviación bucal: el molar esta dirigido hacia afuera del óvalo de la arcada .

c) Desviación lingual: la desviación del molar esta tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada.

d) Desviación bucoangular ó bucolingual: en este caso el molar va dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal esta desviada hacia la lengua.

I



fig.8.Retención vertical

II

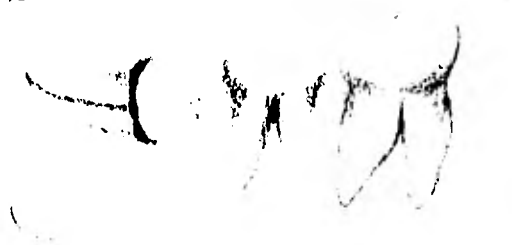


fig.9.Retención horizontal

III



fig.I0 mesioangular.

IV



fig.II.distcangular.

V



fig.I2 retención parenormal

VI

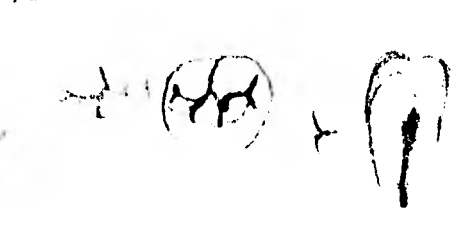


fig.I3 retención bucoangular

VII

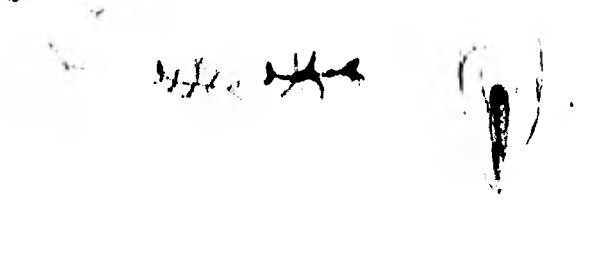


fig.retención linguangular.

3. RELACION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

La relación del tercer molar retenido con el borde anterior de la rama montante de la mandíbula puede ser muy variable .

La relación del tercer molar con respecto a la rama montante de la mandíbula Pell y Gregory las han clasificado en tres clases las que están en dependencia con el acto quirúrgico.

a) Clase I; en la primera clase hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama montante y la cara distal del segundo molar para ubicar con comodidad el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar inferior.

b) Clase II: el espacio que existe entre el borde anterior de la rama de la mandíbula y la cara distal del segundo, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar inferior retenido. (Fig. 19, 20, 21.).

c) Clase III: en este caso todo el molar inferior o la mayor parte de este se encuentra ubicado en la rama de la mandíbula

4. PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN HUESO.

La profundidad relativa del tercer molar en el hueso o la relación de altura entre la cara triturante del tercer molar y la cara triturante del segundo estudian tres posiciones.

a) Posición A: es la más alta del tercer molar retenido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

b) Posición B; la posición más alta del tercer molar retenido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar inferior.

c) Posición "C" la parte más alta del diente se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar. (Fig. 15, 16, 17.).

Para realizar cualquier intervención quirúrgica de una tercera molar inferior retenido es necesario tomar en consideración la clasificación y posición real del tercer molar en el interior de la mandíbula y la relación del diente retenido -



CLASS. I



CLASS. II.



CLASS. III.

Fig. 15, 16, 17.



Fig.19. posición A.

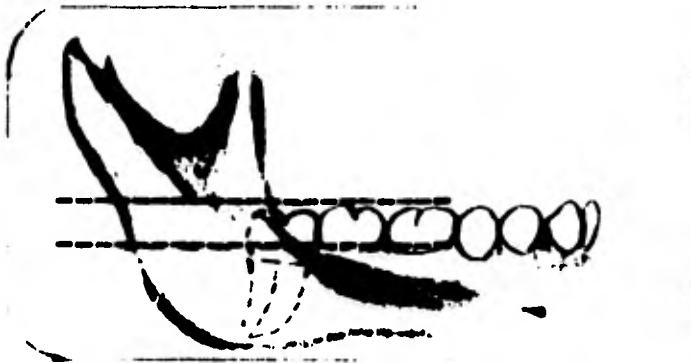


Fig.20. posición. B.

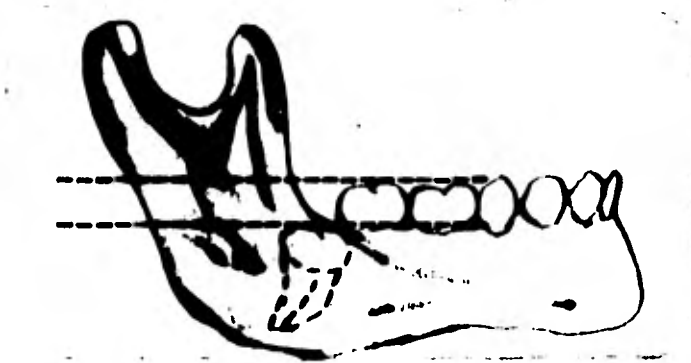


Fig.21. posición. C.

con el segundo molar y zonas anatómicas de interés quirúrgico para tomar las precauciones debidas.

5. ESTUDIO RADIOGRÁFICO DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

El estudio radiográfico del tercer molar inferior es de suma importancia por lo cual se exigen ciertas condiciones para que la radiografía no, de imágenes que no presenten fidelidad real, por lo tanto una radiografía deformada, origina inconvenientes en el acto operatorio.

TECNICA PARA TOMA DE LA RADIOGRAFIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

a) Radiografía intraoral: esta es de gran utilidad para observar los ápices de los molares para poder localizar un posible quiste .

Posición del paciente: el respaldo del sillón se inclinará hacia atrás.

Posición de la cabeza: la cabeza reclinada, descendiendo el ceja- bezal todo lo que le permita la comodidad del paciente. Luego - se rotara la cabeza hacia el lado opuesto al molar por radio- grafiarse.

Posición de la película: la película dental ha de ser colocada entre ambas arcadas dentarias, lo más distalmente posible, el - paciente morderá con mucha suavidad la película.

Su ángulo distobucal ha de encontrarse ligeramente hacia arriba , con el fin de permitirle insinuarse entre la rama montante de la mandíbula y el maxilar superior. De esta manera la película gana un poco de terreno y puede ser llevada hacia atrás

Posición de los rayos X.

El cono del aparato se coloca por debajo del borde inferior de la mandíbula, de manera que el rayo central sea perpendicular a la - película y pase a través del maxilar y del eje mayor del molar re - tenido .

La radiografía oclusal dara la ubicación del tercer molar en su - relación bucoangular, la cantidad de hueso existente del lado bu - cal y del lado lingual, la relación del molar con la rama ascen - dente y la dirección anteroposterior del molar inferior retenido.

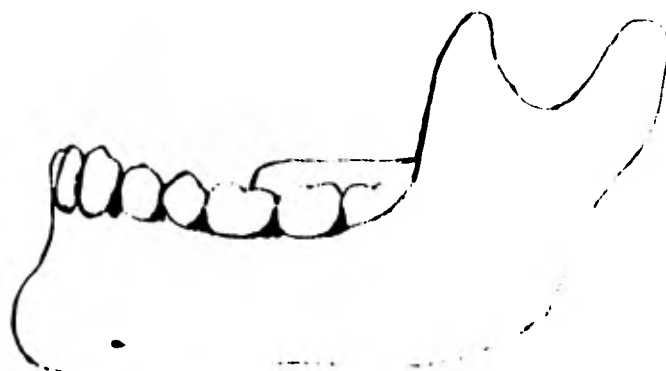


Fig. 18. colocación de la película radiográfica en la boca.

Es necesario correlacionar las radiografías intraoral y oclusal, con el objeto de precisar las relaciones anatómicas y las condiciones del hueso que rodea al molar retenido.

RADIOGRAFIA EXTRAORAL.

Pueden existir condiciones que impidan la colocación intraoral de la película (trismus) en tales casos está indicada la radiografía extraoral .

Posición del paciente: sentado, el respaldo del sillón verticalmente colocado.

Posición de la cabeza: ligeramente inclinada hacia atrás, y en ángulo de 20 ó 30° respecto al eje central, hacia el lado a radiografiar.

Posición de la película. La película se guarda dentro del chasis con pantalla reforzadora. El chasis se coloca con el eje mayor vertical apoyado sobre la cara del lado a radiografiarse, tomando amplio contacto con la región de la rama ascendente del borde inferior de la mandíbula .

La película debe estar, en lo posible, paralela al plano vertical de la rama ascendente. El paciente sostiene el chasis con la palma de su mano .

I. RESULTADOS RADIOGRAFIA INTRAORAL.

En el estudio de la pellicula intraoral debe ser considerado como ya fue dicho los puntos de gran importancia en relación con la cirugía del tercer molar inferior.

De los puntos a considerar en la radiografía del tercer molar, en primer lugar tenemos el detalle de interés en el estudio radiográfico del tercer molar retenido se refiere a su posición en el hueso, su relación con los molares vecinos, - forma coronaria, y radicular osiestructura, y otros puntos - de interés que se refieran a la corona y la raíz del segundo y primer molar inferior.

- a) Relación del molar retenido con el borde anterior de la -
rama montante.
- b) Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.
- c) Estudio de la corona del tercer molar.
- d) Estudio de las raíces del tercer molar retenido.
- e) El séptum radicular del tercer molar.
- f) El hueso distal .
- g) Contacto del segundo y tercer molar
- h) La porción ósea entre el segundo y tercer molar.
- i) La cara mesial del tercer molar.
- j) El espacio interdentario.
- k) La corona del segundo molar
- L) Las raíces del segundo molar.
- m) El conducto dentario inferior.

CAPITULO III.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

Como en todo acto operatorio, ó tratamiento odontológico se presentan sus indicaciones y contraindicaciones a continuación se tocarán estos dos puntos con respecto al tercer molar inferior.

TEMA I.

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

La erupción de los terceros molares inferiores provocan accidentes, por lo tanto para eliminar el problema esta indicada la eliminación de dicho diente, a continuación mencionaremos los accidentes más comunes:

1) Pericoronaritis con las secuelas subsecuentes:

- a) Trismus de grado variable .
- b) Decaimiento general .
- c) Mal aliento .
- d) Repercusión ganglionar .

2. Accidentes inflamatorios.

- a) Mucosos .
- b) Gingivoestomatitis ulcero membranosa .

3. Accidentes nerviosos.

- a) Estrés emocional .
- b) Alteración del sistema nervioso central .

4. Accidentes tumorales .

- a) Osteomielitis, adenoflemones.

Todos estos accidentes ya se trataron en el capítulo anterior ya que cada uno de los accidentes provocados por la erupción ó retención del molar inferior requieren de un tratamiento -- previo para realizar el acto operatorio con éxito y una buena evolución del lugar operado.

TEMA II.

CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR.

Las contraindicaciones se clasifican relacionadas con el diente en sí y con los tejidos adyacentes periodontales y con el estado general del paciente.

I.- Afecciones que dependen del estado del molar por extraer-

- a) Enfermedades locales y estado general perturbado por la afección dentaria ó peridentaria.
- b) Afecciones con dependencia del estado general del paciente

2. Estado emocional y fisiológico .(en la mujer.)

- a) Menstruación: esto puede ser una contraindicación cuando la paciente remite problemas muy particulares .
- b) Embarazo: en este caso se contraindica la extracción cuando la paciente se encuentra en las primeras etapas de la gestación ó a termino y en problemas en la evolución del producto.
- c) En estados patológicos: en ese caso de afecciones de los aparatos y sistemas, estados infecciosos agudos y problemas con la coagulación.

Pero cualquier acto quirurgico se puede llevar acabo si el paciente se somete estrictamente bajo las recomendaciones de su médico particular, consideramos un riesgo mínimo y en cambio - si se deja el tercer molar inferior esto puede contribuir para el desencadenamiento ó complicaciones de enfermedades que repercutirán en el estado general del paciente .

CAPITULO IV.

INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO.

TEMA I: INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

La cirugía bucal necesita un instrumental especializado, en una operación bucal en la que se prepara para abrir encía y llegar a hueso y practicar una ventana con el objeto de dejar al descubierto el molar ó para tomar el proceso patológico ; para todo esto requerimos de un instrumental especializado y para cada zona en especial por instrumentar.

I.- INSTRUMENTAL PARA TEJIDO BLANCO.

- a) Bisturí: en cirugía bucal se usa comúnmente un bisturí de hoja corta: el bisturí consta de un mango y hoja la cuál - puede cambiarse según en la zona que se interviene .En cirugía se usa comúnmente el Bard-Parker con hoja del # 15 ; Med presenta un bisturí el cuál tiene una curvatura en su hoja en forma de hoz la que presenta filo en los dos lados de la hoja, esta es muy útil para lugares poco accesibles.
- b) Sindesmotomo: se usan para desvridar la encía del cuello - de los dientes ó diente por intervenir.
- c) Tijeras: como instrumento de sección tiene poca utilidad y en nuestra especialidad, se las emplea para seccionar lengüetas, festones gingivales y trozos de encía. Para nuestra practica las de Neuman son de gran utilidad y se encuentran de diferentes tipos de tijeras.
 1. tijeras rectas .
 2. tijeras curvas estas dos se usan para eliminar puntas a--deridas fibrosas y colgajos.
 3. tijeras grandes y rectas son de poca utilidad .
- d) Pinzas de disección: son de gran utilidad para la separación de los colgajos.
 1. pinza dentadas con estas se toman la fibromucosa sin lesionarla .
 2. pinzas de diente de ratón: tiene tres pequeños dientes que se engranan y permiten sostener el colgajo.

mite esgrimirlo con facilidad.

3. Pinzas curvas: con estas se extrae el hueso por medio de mordiscos sobre el tejido, todo esto mediante una preparación previa de una puerta de entrada con los escoplos; también se usan cuando se desea eliminar bordes cortantes crestas óseas que emerjan de la superficie ósea. Entre las pinzas existen diversas variedades que residen en la angulación de sus ramas ó la parte cortante y de estas se eligen de acuerdo al caso que se presente

4. Fresas se pueden usar las comunes las que se usan en operatoria dental por ejemplo las redondas del No. 5 al 8 ó de fisura No 560 y las de elección las fresas quirúrgicas de Schamberg .

5. Limas para hueso de eliminación de bordes cortantes.

6. Pinzas para tomar algodón.

7. Cucharilla para hueso de colección para muestras patológicas como granulomas, fungoidades, quistes, tejido granulomatoso también se utilizan las cucharillas ó curetas para eliminar todo resto de tejido necrótico que puede existir dentro de la cavidad ósea (los hay rectos acodados cuyas partes activas pueden tener forma y diámetros distintos.

Para la abulación de los terceros molares para la extracción propiamente dicha únicamente nos ayudaremos por lo general con elevadores rectos (elevadores rectos de Winter) en algunas ocasiones los de bandera y los forceps muy raras veces .

8. Agujas para sutura: tenemos las agujas curvas de dos tipos:

a) Las curvas concavas en el sentido de su cara .

b) Las concavas curvas en el sentido de sus bordes.

Las primeras no se usan mucho ya que la herida que dejan es paralela a la trazada por la insición y tracción del hilo de sutura, no tiene acción sobre la herida.

9. Portagujas: las agujas no pueden ser manejadas manualmente por esto nos valemos del portagujas, la aguja se toma en el sentido de la superficie plana.

10) Canula: es un instrumento de succión que maneja el ayudante es un extractor de saliva y sangre mientras no se requiera ,

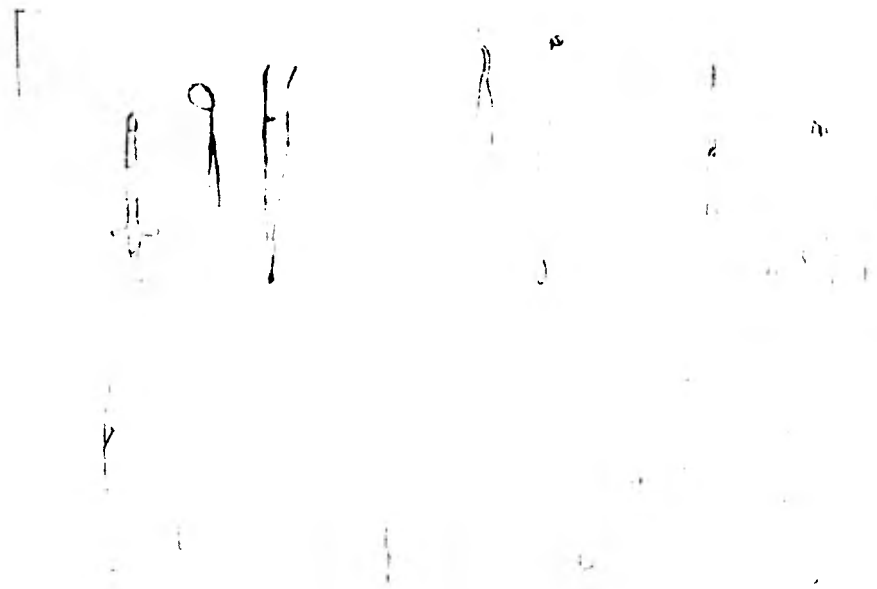


Fig 29. Instrumental y material para cirugía bucal.

2. pinzas de Kocher: estas son pinzas atraumaticas Chapt de cirugía gastrointestinal que permiten tomar la fibromucosa bucal sin lastimarla ó desgarrarla.

TEMA II.

INSTRUMENTAL DE GALVANO Y TERMOCAUTERIO.

- a) Radio bisturí ó : la sección de los tejidos gingivales puede usar el galvano ó termocauterio, radio bisturí con esto también se pueden incidir abscesos ó destruir los capuchones - que cubre el tercer molar.
- b) Legras, periostotomos, espátulas romas. El desprendimiento y separación de la fibromucosa incidida por el bisturí con el objeto de preparar lo que se denomina colgajo se efectua con pequeñas legras la que se coloca en la parte media de la insinuación entre el mucoperiostio y el hueso apartando el periostio hasta donde sea necesario. Esto se puede realizar con el periostomo de Mead ó con la espátula de Peer de uso corriente en otorrinolaringología: las espátulas rectas ó acodadas se usan en la cara lingual del maxilar inferior y para despegar las bolsas de los quistes del hueso que los aloja.
- c) Separadores de Volkman; consta de un mango y de un tallo que termina en forma de diente los cuáles se insinuan debajo del colgajo al cuál se mantiene fijo y sin dañarlo.

TEMA III.

INSTRUMENTAL PARA LA SECCION DE TEJIDO DURO.

I. Escoplo y martillos; el escoplo en cirugía se utiliza frecuentemente para reseca el hueso que cubre el molar por intervenir

- a) La tabla externa de los terceros molares retenidos.
- b) El hueso que protege a los molares retenidos.

2. Escoplo: es una barra metálica y uno de sus extremos este cortado a bico a expensas de una de sus caras y comúnmente afilado para que se pueda seccionar el hueso deseado. Actua a presión manual por medio de golpes de martillo dirigidos sobre la extremidad opuesta al filo, cuenta con una base y de un mango que per-

quiera su uso puede descansar en el pecho del operado.

TEMA IV.

MATERIAL QUIRURGICO.

El cirujano y los ayudantes deben de llevar ropa especial para este tipo de intervención .

- a) Delantal quirurgico: se emplea un delantal que se cierra en la espalda del operador por medio de cintas y las mangas llegan hasta la muñeca del operador.
- b) Cubrebocas: es de género y debe proteger toda la cabeza del operador .
- c) Cubreboca: el objeto del cubreboca aparte de proteger el campo operatorio de la flora bucal del cirujano es de proteger a este de las infecciones que puede transmitirle el paciente, ó por lo menos evitar que sobre su cara alpique sangre, pus , ó el agua con restos de huesos que salten a la hora de lavar.
- d) Guantes de goma: toda operación necesita el máximo de seguridad de esterilización posible y para esto se utilizan los guantes de hule de uso quirurgico .
- e) Cepillos: de uso esencial para la sepcia de las manos antes de colocarse los guantes.
- f) Jabón alcohol, tintura de yodo, tintura de mertiolate, agua - destilada ó suero fisiológico.
- g) Compresas: son cuadros de género de hilo de algodón blancas ó verdes que sirven para cubrir los instrumentos y proteger el campo operatorio. Existen dos tipos de compresas las simples- y las fenestradas y esto depende de como se valla a operar - con el paciente sentado ó acostado.

I. Compresas fenestradas con paciente sentado: son compresas de género de hilo y de forma cuadrilatera de 1.20 metros de largo por 80 cm. de ancho en la unión del tercio superior existe una perforación de forma oval von bordes dobladillados que permite cuando esta colocada la compresa sobre la cabeza del paciente dejar al descubierto la nariz y boca del paciente.

h) Gasa de 5 x 5:cm. por 10 x 5, para mantener el campo libre de saliva y sangre que dificultan la visión.

TEMA V.

MATERIAL DE SUTURA.

En cirugía bucal se usan como material de sutura el catgut, seda lino de crin y nailón.

- a) Catgut: es material reabsorbible se obtiene del intestino de oveja (químicamente formado por substancias proteicas fácilmente digeridos por los elementos proteolíticos de los tejidos) su uso esta confinado únicamente para ligaduras de vasos y en planos profundos, se obtiene esterilizado en tubos.
- b) Hilo seda: es muy empleado en cirugía bucal el tres ceros .
- c) Hilo de lino: se emplea en gran escala el hilo negro de lino por su fácil localización sobre la mucosa bucal cubierta de fibrina después de 3 ó 4 días de la operación.

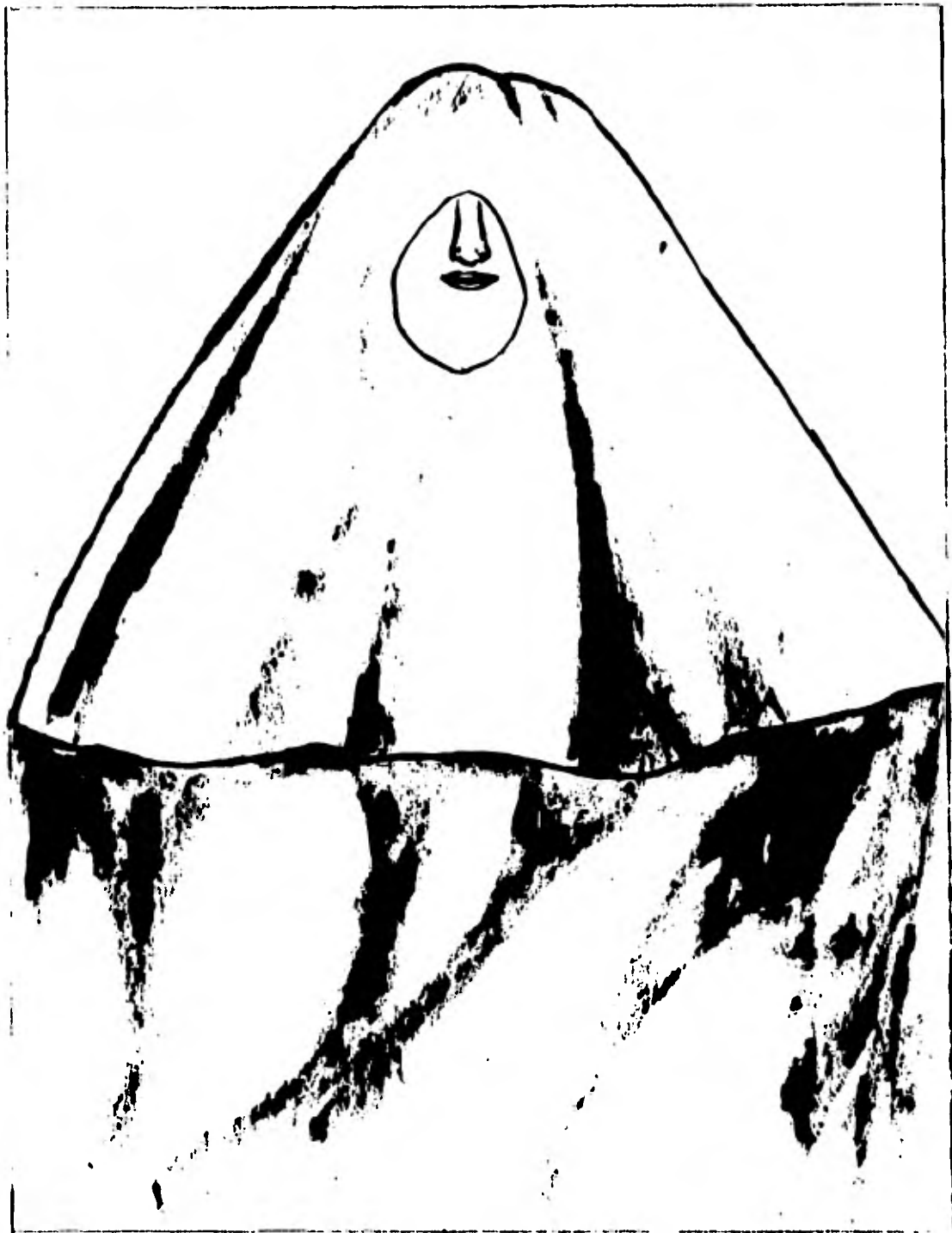


Fig.28 Paciente vestido para cirurgia bucal.

CAPITULO V .

REQUISITOS PARA LA INTERVENCION DEL TERCER MOLAR.

Las operaciones de cirugía bucal pueden realizarse en distintos locales según las necesidades ó circunstancias. La mayor parte de las intervenciones se pueden efectuar en el consultorio dental un número mínimo se debe de realizar en un medio hospitalario se debe de cumplir con un mínimo de detalles quirúrgicos se recomienda mantener buenas medidas de asepsia y antisepsia buena esterilización en el consultorio odontológico.

Consultorio dental.

1. Sillón dental debe de contar con el mecanismo necesario para hacerlo descender y ascender a nivel en el que el profesional realice con comodidad y eficiencia la intervención.
2. Equipo dental:
 - a) Geringa para agua caliente y fría.
 - b) Piezas de mano y angulos cambiabiles.
3. Salivadores desplazables.
4. Mesa para instrumentos .
 - a) A la derecha se coloca el instrumental para las agujas y la sutura gasas exploradores algodones jeringas, suero fisiológico .
 - c) Los instrumentos de exodoncia necesarios .

TEMA I.

ESTERILIZACION.

La esterilización para instrumental metálico de cirugía se realiza en una estufa seca; los instrumentos dispuestos en sus respectivos compartimentos si introducen en la estufa seca a una temperatura de 130° durante 30 m. Los instrumentos con filo ó bisturí y escoplos pueden esterilizarse por medios químicos.

2. Tubos de goma ó material de drenaje: estos se esterilizan por ebullición durante 20 m. se retiran con pinzas y se conservan en un frasco de boca ancha esterilizado (con alcohol).

3. Jeringas: se esterilizan en estufa seca ó por medio de ebullición .

4. Delantal del cirujano: el delantal del cirujano y sus ayudantes, compresas y gasas se deben de esterilizar en autoclaves se colocan en tambores cuatro ó cinco delantales las compresas ocupan otro tambor menor, las gasas serán colocadas en un tambor con cuatro divisiones.

5. Guantes de goma: se pueden esterilizar en autoclaves ó por medios químicos a una temperatura de 128° . Si se usa agentes químicos el indicado es el fenol ó sus vapores los guantes se lavan previamente con agua y jabón, secados con alcohol y compresas limpias y espolvoreados con talco.

6. Cepillos: se esterilizan por medio de ebullición durante 20 min. y se conservan en cajas esterilizadas .

7. Lavado quirúrgico; de las manos se utilizan el cepillo y jabón agua y alcohol, en los lavabos que existen contiguos a las salas de operación se enjuagan y jabonan las manos; se toma el cepillo esterilizado y se practica un cepillado minucioso de manos y antebrazos durante cinco minutos. Después del lavado antiséptico, la enfermera proporciona una gasa impregnada de alcohol y con ella se frota las regiones lavadas se mantiene en alto y se espera a que se evapore el alcohol. Después de esto la enfermera coloca el delantal al cirujano y lo anuda por detrás de la espalda, se colocan los guantes la enfermera coloca los puños por encima del delantal se coloca el cubrebocas y el gorro.

CAPITULO VI.

CASO CLINICO CIRUGIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR DERECHO.

Para poder efectuar el estudio integral de cualquier paciente es preciso que el cirujano recopile con exactitud los datos - que nos proporcione el interrogado y los signos clínicos localizados ó difusos para poder establecer un buen diagnóstico . Todos los signos clínicos quedarán anotados en la historia clínica y para esto se emplearán palabras sencillas y claras a modo de que el paciente lo entienda fácilmente.

La anamnesis nos sirve para ponerse en contacto directo ó indirecto con la persona para investigar la enfermedad actual y , los antecedentes de el y sus familiares. El interrogatorio se efectúa con preguntas ordenadas adecuadas para esclarecer cualquier causa que se relacione con el padecimiento actual. Se le debe preguntar al paciente el padecimiento actual con la mayor exactitud posible y el inicio para determinar si es agudo ó crónico el proceso y la localización del sitio le pediremos al paciente que nos indique el lugar del dolor. Es importante la causa desencadenante para saber los mecanismos que pudieron haber influido en la pérdida de la salud pues en ocasiones el individuo lo puede pasar desapercibido ó no darle importancia.

INTERROGACION DE SIGNOS CLINICOS.

Se debe tener una idea panorámica de los padecimientos para saber si se encuentra afectado algún aparato ó sistema y todo se logra apreciar el conjunto de signos clínicos que estarán hablando de la disfunción de alguna estructura pero cuando el paciente remita un sólo signo clínico diremos que es de origen psicológico hasta que no se demuestre lo contrario.

HISTORIA CLINICA.

FICHA DE IDENTIFICACION.

NOMBRE: Ernesto Fernández Aguilar. SEXO: M EDO. CIVIL: soltero.
OCUPACION: estudiante LUGAR DE ORIGEN: México.D.F. LUGAR DE NACI
MIENTO: D.F. FECHA DE INGRESO: julio 20 del 89. FECHA DE ESTUDIO:
21 de julio del 89.

I. ANTECEDENTES HEREDOPAMILIARES.

- a) Antecedentes fímicos: negativo.
b) Antecedentes neoplásicos: negativos
c) Antecedentes reumáticos: negativos.
d) Antecedentes endócrinos. negativos .
(mixedema diabetes)
e) Antecedentes neuropsiquiátricos: negativos
f) Antecedentes cardiocirculatorios: negativos.

II. Antecedentes personales no patológicos.

HABITACION:

- a) Construcción: concreto b) VENTILACION: buena c) SERVICIO S
SANITARIOS: sí d) HIGIENE PERSONAL: aceptable e) HIGIENE
PERSONAL: deficiente.

ALIMENTACION:

- a) NUMERO DE TOMAS DE ALIMENTOS EN 24 hrs. tres alimentos el día
b) CALIDAD Y CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS. mediana.

HABITOS:

- a) ALCOHOLISMO no TABAQUISMO no EDAD E INICIO _____
b) TOXICOMANIAS: ninguna.
c) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

ENFERMEDADES EN LA INFANCIA:

1. ENFERMEDADES EXANTEMICAS: VIRUELA no SARAMPION sí ESCAR/
LATINA. no RUBEOLA no
2. ENFERMEDADES CONGENITAS.

- a) Persistencia del conducto arteriovenoso transposición de los grandes vasos no
- b) ANTECEDENTES FÍNICOS. no
- c) ANTECEDENTES REUMÁTICOS. no
- d) ANTECEDENTES REUMÁTICOS. -no-
- e) ANTECEDENTES ALÉRGICOS. al pescado.
- f) ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS. fractura del fémur izquierdo en la infancia, en fecha actual no remite molestias.
- g) ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS. ninguno.
- h) ANTECEDENTES GINECOBISTÉTRICOS. negativo.

IV ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE.

- a) ESTADO GENERAL. favorable no existe enfermedad sistémica.
- b) PADECIMIENTO ACTUAL. dolor en el tercer y segundo molares inferior derecho, trismus.
- c) NOCIÓN DE TIEMPO. el dolor es intermitente.
- d) NOCIÓN DEL SITIO. zona retromolar inferior derecho.
- e) CAUSA DESENCADENANTE. el traumatismo está provocado por el tercer molar inferior afectando el segundo molar.
- f) SIGNOS CLÍNICOS. pericoronaritis, inflamación, saburra.
- g) MODO DE PRINCIPIO. dolor espontáneo.

TEMA II.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

Clinicamente el tercer molar inferior derecho se observo completamente cubierto por encía .

Después de haber tomado la radiografía de la zona se pudo observar radiográficamente que el tercer molar se encontraba completamente retenido en el hueso de la mandíbula, el espesor de la capa de hueso que cubría al molar retenido media aproximadamente de la superficie a la profundidad en la parte distal de la corona fue de 1.5 mm. el tipo de retención fué la mesioangular con clase II y posición B.

I. En la retención mesioangular; el eje del tercer molar esta dirigido hacia el segundo molar formando con el eje de este molar un ángulo variable entre los 45° .

II. En este caso el molar se encontro en clase II; el espacio que existe entre el borde anterior de la rama mandibular y la cara distal del segundo molar es menor que el diametro mesiodistal de la corona, del tercer molar.

III. Posición "B" en este tipo de posición del molar retenido es la posición más alta en que se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

En el estudio radiográfico se pudo apreciar que el conducto dentario inferior se encontraba muy cercano a los apices del tercer molar inferior .

Después de la historia clínica y las pruebas de la laboratorio (biometría hemática, tiempo de coagulación etc.) y el examen radiográfico no se encontro ninguna contraindicación para que no se realizara la cirugía del tercer molar en el paciente .

Al paciente se le hicieron dos citas previas a la intervención, la primera fué para realizar la historia clínica y tomar la radiografía; la siguiente cita fue para tomar general de orina, tiempo de sangrado, tiempo de coagulación . En la tercera cita se realizó y analiso el caso y técnica a seguir en la intervención se procedió a preparar al paciente y todo lo necesario para poder iniciar la cirugía del tercer molar.

I. Con el paciente en el sillón ligeramente hacia atrás, el operador a la derecha, el ayudante a la izquierda y el instrumentista a un lado del operador; inicialmente se realizó el acto - previo a la intervención proporcionándole un enjuagatorio con - astringente al paciente para disminuir la posible viscosidad de la saliva y la flora bacteriana .

a) Asepsia de la zona por intervenir, mucosa y labios.
b) Anestesia: en este caso en particular se aplicó el bloqueo - del nervio dentario inferior (anestesia regional ó troncular) y se reforzó con el bloqueo del nervio bucal.

c) Insición: se utilizó el bisturi de Bard-Parker, se realizó - el colgajo revatido, la insición se inicio un cm. por detrás del tercer molar retenido, en la rama montante de la mandíbu la y se llegó a la cara distal del segundo molar inferior se puede observar en la fig. 22, pág. 39.

La insición fué de aproximadamente de 1.5 cm. de largo y se prolongo hacia adelante festoneando el cuello de los dientes hasta el primer premolar y el tejido gingival incidido se se paro con el periostomo y logra fig. 23, pág. 39.

d) Osteotomía: la osteotomía se realizo para tener acceso al - tercer molar por medio de una fresa de diamante quirurgica y con pieza de mano de baja velocidad, la osteotomía se hizo a expensas de la tabla externa. Después de realizarse la osteo tomía necesaria se trato de ejercer palanca en la cara dis - tal del segundo molar, se encontró demasiada retención y se tuvo que usar la técnica de odontosección con fresas quirur - gicas se secciono la cúspide distal que era la que oponía re sistencia, después de esto de nuevo se ejerció palanca en la - cara distal del segundo molar inferior derecho la palanca se ejerció con botador recto en las figs. 24 osteotomía y 25 o - dontosección se esquematiza el procedimiento que se realizó.

e) Extracción propiamente dicha: la extracción propiamente dicha se llevo acabo en dos etapas: en la primera se extrajo la co rona con un botador recto y la segunda etapa consistio en ex - traer las raíces seccionadas de la corona, figs. 24 v 25.

Esquemmatización del caso clínico.

- I. Retención mesioangular
- II. Clase II.
- III. Posición B.



Fig.22. Insición.



Fig.23. Colgajo revatido.



Fig.24. Osteotomia .



Fig.25. Odontosección.



Fig.26. Extracción propiamente dicha.



Fig.27. Sutura de la insición.

Después de la extracción propiamente se pudo observar que el tercer molar inferior estaba en íntimo contacto con el nervio dentario inferior, posteriormente se lavo la cavidad con solución fisiológica para eliminar los secuestros óseos y asegurarnos que no quedara ningún resto del saco folicular, después de esto se legro lisceramente el borde gingival.

f) Sutura: en la insición se dieron tres puntos interdientales y se dieron dos puntos afrontando los dos planos de la insición en la zona retromolar de la parte ascendente de la mandíbula. Posteriormente se lavo la cavidad bucal con solución salina.

TEMA II.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE.

Después de la intervención, al paciente se le dieron las indicaciones pertinentes para una buena evolución de la herida.

- a) Se le recomendo que en su casa guardara reposo por algunas horas con la cabeza en alto (con dos almoadas).
- b) Que se colocara hielo en la cara sobre la región operada durante 15 mn. y luego 15 minutos de descenso, durante tres horas continuas aproximadamente ó más tiempo .
- c) No realizar ningún enjuagatorio hasta que no hubiesen pasado, tres horas mínimo después de la intervención.
- d) Retirar la gasa después de tres horas .
- e) Se le prescribieron analgesicos y tomarlos en caso de dolor.
- f) Alimentación: durante las primeras horas se le dio dieta líquida, jugo de naranja, papaya licuada, después de seis horas se le dio dieta blanda y sin grasa durante por tres días.

CITA POST OPERATORIA.

Se cita al paciente después de cinco días para retirar los puntos de sutura y observar la evolución de la operación.

- a) Se observo en el paciente que la evolución de los tejidos fué favorable y no se presento complicación alguna.

- b) Se retiraron los puntos sin ninguna complicación.
- c) Se le pregunto al paciente si se había presentado dolor inflamación ó algun otro problema con respecto a la operación.
- d) Nos remitió un dolor leve después de pasada la anestesia y una poca de inflamación, en general el paciente reaccionó favorablemente sin ningún problema posoperatorio.

CAPITULO VII.

DIFERENTES TECNICAS DE LA EXTRACCION.

La extracción del tercer molar inferior retenido constituye en la mayoría de las veces una tarea muy difícil y complicada por la ubicación del tercer molar y por lo difícil que es este campo operatorio. Para poder realizar tal operación se precisa llegar hasta el hueso que aloja al molar, reseca las porciones que cubren y abordar el diente empleando palanca para eliminarlo, esta operación consta de varios tiempos y técnicas que a -- continuación se mencionaran.

- a) La insición esta condicionada por el tipo de retención, las más indicadas son las amplias que permiten un colgajo amplio y deje al descubierto el hueso por reseca.
- b) La osteotomía se puede hacer con los instrumentos de Winter, los osiosectomos según la técnica de Winter, escoplos ó fresas según los otros procedimientos.
- c) Extracción propiamente dicha: se realiza con palancas apropiadas que toman punto de apoyo en las estructuras óseas vecinas ó en la cara distal del tercer molar. El punto apoyo -- destinado a aplicar la palanca esta dado por el lado inferior ó base del triángulo interdentario, del arco y disposición -- del triángulo dependen la forma y aplicación del elevador . La potencia y la fuerza determinada para realizar y luxar el molar depende del tipo de retención para no fracturar las tab -- las de la mandíbula ó el molar, para esto se practica la suficiente resección ósea para facilitar la operación.

TEMA I.

TECNICA DE WINTER.

I. RETENCION VERTICAL, SIN DESVIACION.

- a) Retención vertical sin desviación con cara mesial accesible. Tipo de insición: en este tipo de retención donde se necesita usar la cara mesial del tercer molar para aplicar el elevador, se realiza una insición que se extienda sobre la cara oclusal del molar retenido desde el borde mesial del festoneo gingival y llegue a distal algunos milímetros por detrás del borde óseo distal e researse con el objeto de proteger el borde gingival de los traumatismos operatorios, Winter realiza una pequeña insición perpendicular y se traza sobre la lengüeta mesial del molar retenido y el colgajo se separa con periostomo ó con una legra.

- b) OSTEOTOMIA: el movimiento que el tercer molar realiza para abandonar el alveolo puede ser traducido como un círculo ya que la corona del tercer molar va a ser dirigida hacia la rama montante de la mandíbula por lo tanto se debe de eliminar el hueso que existe en la parte distal del diente. Winter lo elimina con el osteotomo (I L Y IR) destinado a resear hueso distal. Se toma el osteotomo se empuña sólidamente con la mano derecha dirigido el bicel de la hoja hacia el hueso a resear el borde cortante debe descansar en la oscoestructura, se ejerce suficiente presión para resear la porción ó sea el osteotómo corta el hueso distal en pequeños trozos yendo de bucal a lingual.

- c) Extracción propiamente dicha: el empleo de los elevadores de Winter del No. 9 que es de aplicación mesiobucal y el No. I, que es de aplicación mesial. Se introduce el elevador en el espacio interdentario se toma como si se tratara de la extracción del tercer molar normal se introduce entre los labios, de la insición de la mucosa en su primer tiempo actua como cuña al penetrar nos permite el desplazamiento del molar hacia el lado distal elevando y luxando el molar retenido, aplicando el elevador en contacto la parte plana de la hoja

con la cara mesial del molar, este movimiento se inicia girando el mango del instrumento en el sentido de las agujas del reloj si no se a logrado la luxación se aplica a un nivel más abajo - la fuerza que se desarrolla esta dada por la forma radicular , después de luxarlo, el diente puede ser extraído del alveolo -- con pinzas para la extracción ó con el mismo elevador.

2. Extracción por osteotomía a fresa.

La fresa dental nos sirve para relizar la osteotomía necesaria, es un instrumento poco traumatico usandola devidamente (que sea nueva buena refrigeración con agua esterilizada, suero fisiológico) para osteotomía distal se usa fresa No.560 colocada en un ángulo recto y las fresas redondas No. 8 de carburo .

- a) Insición: se inicia Icm. por detrás de la cara distal del segundo molar y se prolonga hacia adelante festoneando los -- cuellos de los dientes hasta el primer premolar(es útil para todo tipo de retenciones).
- b) Osteotomía : se separan los labios de la insición se coloca, la fresa sobre el borde óseo distal e resecarse, la fresa a medida que reseca va profundizando entre la cara distal haciendo la osteotomía necesaria que se requiera la extensión, de hueso y la disposición radicular.
- c) Extracción propiamente dicha: el elevador de Winter ó los de Barry, elevador recto se apoya en la cara del segundo molar, y se dirige el instrumento hacia adelante la hoja del instrumento con el cuál se va a desplazar el molar hacia atrás cuando se usa este punto de apoyo es porque el molar tiene corona completa sin restauración y solidez del macizo facial.

3. EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A ESCOPIO.

El escoipo accionado ó automatico y el martillo: para realizar, la osteotomía distal puede aplicarse con determinadas reservas.

- a) Osteotomía: para realizarse la osteotomía distal se usa , un escoipo de media caña, perpendicularmente dirigido hacia la superficie ósea y con golpes de martillo se reseca el hueso, en pequeñas porciones hasta descubrir la suficiente cantidad del molar para vencer la resistencia.

b) Extracción propiamente dicha: se realiza con el elevador recto: se introduce en el espacio interdentario se mueve al rededor de su eje en sentido distal descansando el borde inferior de su hoja sobre la estructura ósea del espacio entre el segundo y tercer molar por el mismo mecanismo de acción, de la palanca el elevador recto se dirige al diente retenido hacia arriba y hacia atrás.

4. EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN.

Este método está muy indicado en la retención mesioangular la, odontosección se puede realizar por dos formas.

- a) Se divide el diente según el eje mayor del mismo.
- b) Se divide el diente según su eje menor.
- c) En ambas operaciones en algunos casos se puede seccionar sin resección ósea previa. La odontosección de molares retenidos se realiza con discos de piedra de carborundo, fresas escoplo recto de media caña.
- d) Acceso: este es imprescindible preparar una vía de acuerdo para que los instrumentos destinados a cortar el diente pueden cumplir su cometido sin traumatizar las partes blandas ó el, hueso.
- e) Disco de carborundo en muy pocas caras tiene aplicación este procedimiento se usa la profundidad del molar retenido lo permite separando las partes blandas, el disco secciona el diente en nivel del cuello ó para eliminar cuspides mesiales se debe de mojar el disco con suero fisiológico para evitar el calentamiento del hueso.
- f) Piedras montadas: las de uso dentístico se emplean con el objeto de cortar el esmalte como maniobra previa.
- g) Fresas; se introduce la fresa de fisura No. 570 y se dirige, de bucal a lingual tratando de seccionar en toda su amplitud la corona del molar retenido.
- e) Escoplo automatico: el escoplo automatico secciona el diente en su eje mayor, se emplea una punta cortante en forma de bical se apoye el borde cortante del bical dirigiendolo perpendicularmente a la cara triturante del molar a dividir sobre,

las depresiones del esmalte no sobre las crestas, la lima del, escoplo se debe de aplicarse a modo de coincidir sobre el espacio (interproximal) intrarradicular con dos ó tres golpes - son suficientes para seccionar el molar .

- 1) Extracción propiamente dicha: la extracción de la corona del molar seccionado se realiza por medio de elevadores finos se introducen el elevador en el espacio creado por la fresa, se desplazara a la corona a nivel distal y se eleva hacia arriba para eliminarlo.
2. Extracción de la raíz: se extrae por medio de elevadores después se inspecciona la cavidad ósea se retiran las esquirlas se adaptan los labios del colgajo y se practican dos ó tres , puntos de sutura.

TEMA II.

TECNICAS USADAS EN LOS DIFERENTES TIPOS DE RETENCION

Las versiones en las técnicas reside en la mayor o menor osteotomía del hueso que interfieran para la extracción propiamente dicha anteriormente se ha descrito las diferentes técnicas que se puede seguir para abulción de este diente dependiendo del , tipo de retención que se presente. Cualquiera de las técnicas, descritos se pueden usar para cualquier tipo de retención exceptuando la del tercer molar inferior totalmente erupcinado.

Técnica a seguir en ausencia del diente vecino.

Cuando hay ausencia del segundo molar contiguo se pierde el punto de apoyo mesial en este tipo de problemas la técnica quirurgico debe usar solamente la resistencia ósea que cubre el molar

- a) Insición angular en caso de retención completa.
- b) Osteotomía con fresa de fisura se reseca el hueso la fresa , se coloca en ángulo recto la ósteotomía mesial con fresa de bola .
- c) Extracción propiamente dicha con los elevadores de Winter.

TEMA III.

TECNICA QUIRURGICA QUE SE USA EN LAS DIFERENTES RETENCIONES.

I. POSICION MESIOANGUIAR SIN DESVIACION .

En la posición mesioangular sin desviación cera mesial accesible ó inaccesible técnicas de Winter.

- a) Insición; partiendo de la cara distal un cm. por detrás y - si se usan elevadores se practica una insición sobre el borde bucal del molar retenido en la misma proporción que la anterior.
- b) Osteotomía: el triángulo óseo distal es eliminado con un -- osteotomo (2R, 2I) el borde cortante del cincel se apoya en la superficie a incidir y bajo presión manual se elimina la cantidad de hueso a eliminar esta dado por el grado de inserción de el molar (a mayor inclinación mesial mayor cantidad de hueso distal y mayor ósteotomía) y por la forma radicular.
- c) Extracción propiamente dicha: se selecciona el elevador de acuerdo por la forma y tamaño del espacio interdental entre la cara mesial del tercer molar y la cara distal del segundo molar y el borde superior, el elevador se introduce entre el espacio interdentario dirigido hacia abajo y en sentido lingual (como cuña) con movimientos ligeros giratorios del mango dirigidos hacia mesial y distal y de acuerdo con la disposición y forma radicular y se va graduando la fuerza
- d) Extracción por osteotomía: la osteotomía con fresas esta muy indicada en este tipo de retención; esta varía un poco de la que se realiza en la retención vertical.

Se usa fresas de bola y se practican algunos orificios en el hueso los que deben llegar hasta el molar retenido la presión, limitada entre los puntos perforados por la fresa y el tercer molar se elimina con un golpe de escoplo, el escoplo se coloca, con el bñcel dirigido hacia distal, y se trata de introducir entre la cara distal del molar y el hueso a resacar con un golpe de escoplo se hace la porción ósea distal. La cantidad de -

hueso a resecar está de acuerdo con el grado de inclinación del molar y la forma y disposición de sus raíces y el contacto con el molar anterior y el hueso distal se elimina con una fisura.

- e) Extracción propiamente dicha: con los elevadores de Winter, la técnica a seguir es la Winter ya descrita anteriormente.
- f) Extracción por osteotomía a escoplo: esta técnica se usa en este tipo de retención con determinadas reservas.
- g) Extracción por odontosección esta muy indicada en la retención mesioangular puede aplicarse en distintas formas las, cuales ya se describieron anteriormente.

2. RETENCION MESIOANGULAR.

En ausencia de los dientes vecinos se llevan a cabo los siguientes rasos.

- a) Insición en el caso de la retención completa se usa la insición angular ó en el caso de que esta parcialmente retenido se usa el desprendimiento del colgajo.
- b) Osteotomía a escoplo: con un escoplo fino ó media caña se re-saca el hueso distal para llegar a descubrir por lo menos la cara distal de la corona, la resección mesial esta condicionada por la libertad de acceso a la cara mesial sobre la -cuál se aplica el elevador. Con fresa de fisura en el ángulo recto y el lado mesial se puede hacer con fresas redondas No. 7.
- c) Extracción propiamente dicha; los elevadores de Winter (8-7) ó los angulares de Ash. todos de aplicación mesial el manejo de este ya se dijo en las anteriores técnicas.

3. EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN DISTOANGULAR

La posición distoangular es la menos frecuentes y los métodos, que se utilizan son los más laboriosos por la posición del molar que para ser extraído debe ser dirigido en sentido distal, (hacia la rama ascendente de la mandíbula) y la cantidad de --hueso que hay que eliminar para vencer el contacto del tercer, molar con la rama mandibular.

- a) Técnica de Winter: esta técnica es aplicada con éxito en los casos de distorsión con la cara triturante expuesta en sus tres cuartos anteriores y en caso de angulación exagerada.
- b) Insición: si el molar está parcialmente erupcionado puede efectuarse el mismo tipo de insición y explicada anteriormente en los otros tipos de retenciones (profundas y completas se recomienda la insición angular)
- c) Osteotomía: con el osteotomo IR ó II se llega a la posición ósea que cubre la cara triturante, se elimina con el osteotomo y se hacen orificios y se desprenden el hueso que cubre la cara del diente retenido.
- d). Extracción propiamente dicha: el empleo de elevadores de aplicación bucal No. 10 son muy útiles se introducen y se colocan sobre la cara bucal en el sitio de la bifurcación de las raíces (es necesaria una amplia osteotomía de la tabla externa) se aplica el elevador y se gira el mango del instrumento hacia el lado bucal consiguiéndose así el desplazamiento del molar por extraer.

4. EXTRACCION POR OSTEOTOMIA CON FRESA Y ESCOPIO.

- a) Insición es una insición larga que perita un amplio cogajo, para un buen campo operatorio, parte de dos cm. por detrás de la cara distal del segundo molar y corre próxima a la línea interna de la mandíbula. La insición que llega a la cara distal del segundo molar se aplica sobre la cara bucal y desde la lengüeta interdientaria entre el segundo y primer molar se dirige hacia abajo afuera y adelante se separan los labios de la insición y se mantienen los colgajos para permitir visión perfecta del hueso a researse.
- b) Osteotomía: la resección del hueso distal se realiza con un escoipo recto se practica la osteotomía de la porción distal, y de la que cubre la cara triturante del molar retenido la cantidad de hueso debe ser todo el existente entre una perpen

dicular la trazamos desde el punto más distal del molar retenido y la cara mesial del molar. Osteotomía mesial con fresa redonda del No. 7 se resaca el hueso que cubre la cara mesial de la corona mesial y tercio superior de la raíz del tercer molar (se elimina el tabique interdentario) para eliminar resistencia.

- c) Extracción propiamente dicha: con elevadores de Winter se introducen en la cara bucal del molar y el hueso bucal, la misma operación se efectúa en distal estas aplicaciones luxan el diente retenido y su elevación se completa con un elevador fino colocado en el lado distal entre la cara triturante y, el hueso girando el mango del instrumento hacia adelante se emplea el elevador y se eleva el molar y la extracción final se completa con un instrumento de aplicación bucal (IO).
- d) Sutura: dos ó tres puntos de sutura cierran la herida uniendo dentro de lo que permita la extensión del tejido gingival
- e) Extracción por odontosección: esta técnica ya se describió, anteriormente la única diferencia es que en este tipo de retención el diente se corta de acuerdo con el eje menor del diente. La extracción de la corona se realiza con el elevador, la extracción de la raíz se hace desplazable hacia distal.

4. EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL.

En este caso es muy recomendable los métodos de odontosección, ya que disminuye el esfuerzo operatorio y el traumatismo y los riesgos posoperatorios y el traumatismo y los riesgos son menores ó casi nulos.

- a) Insisión:
- b) Extracción del molar seccionado se corta el diente a la altura del cuello con fresa de fisura montada en ángulo recto.
- c) Extracción propiamente dicha: se maneja la técnica ya descrita.

5. RETENCION HORIZONTAL EN AUSENCIA DE DIENTE VECINO.

El molar puede encontrarse en total retención ósea ó ser sublingual la accesibilidad de la cara mesial determinara la cantidad de osteotomía necesaria, la aplicación del elevador se puede hacer sobre la cara mesial y el molar se dirige hacia arriba y hacia distal en ocasiones se puede hacer la extracción sin odonto sección, aplicada la técnica para la retención horizontal

6. EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION LINGUANGUIAR

- a) Insición: la rama anteroposterior de la insición debe ser trazada al mismo nivel que la tabla interna del hueso, la rama vertical separa la encía que cubre el molar retenido de la cara distal del segundo molar y se continua hacia afuera adelante, y abajo como en las otras insiciones.
- b) Se resaca el hueso que cubre la cara superior y la cara triturante; esta osteotomía puede hacerse por la técnica de Winter levantando los colgajos se elimina con osteotmo el hueso de la cara lingual, el hueso de la cara superior se elimina, con oseosectotes, la osteotomía se puede realizar con escoplo ó fresas, esta técnica se completa con la odontosección.
- c) Extracción propiamente dicha .

7. EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO EN POSICION BUCAL.

En este caso la cara triturante se halla dirigido hacia la mejilla en este caso no se puede apreciar muy bien en la radiografía.

- a) Insición.
- b) Osteotomía .
- c) Extracción del molar en posición bucal sigue los principios ya mencionados (sección del diente en sentido de eje menor) se divide con fresa de mesial a distal las parte se extreen por separado .

8. EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION INVERTIDA .

La técnica varia de acuerdo con la profundidad del molar en el-

hueso y su accesibilidad a la cara mesial. La técnica varía de acuerdo con la profundidad del molar, los molares relativamente superficiales se extraen previa resección del hueso que cubre - la cara más cercana al borde alveolar que la distal. Odontosección se realiza con fresas de fisura según su eje mayor del diente y dividiendo a este en sus dos elementos según la posición del molar se puede extraer primero la raíz ó la corona.

CAPITULO VIII.

Son las maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención. El tratamiento posoperatorio es una fase importante de nuestro trabajo los cuidados posoperatorios se refieren a la herida y al campo operatorio (en este caso la cavidad bucal) y el estado general del paciente.

1. Terminada la operación el ayudante debe lavar perfectamente - la sangre que pudo haberse depositado en la cara y labios del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada, la cavidad será irrigada con suero fisiológico para eliminar sangre y saliva y restos que se encuentren del hueso seccionado.

El paciente ya en su domicilio y pasadas cuatro horas de la intervención se hará lavajes suaves de su boca con alguna solución

2. Fisioterapia: se usan agentes físicos como elementos posoperatorios para mejorar y modificar las condiciones de la herida bucal

a) Frío: se usa con frecuencia en el tratamiento posoperatorio - las balsas de hielo ó toallas afelvadas mojadas en agua helada

da y se colocan en la cara frente al sitio de la operación esto evita la congestión y dolor posoperatorio, previene de hematomas hemorragias y disminuye los edemas posoperatorios.

El frío se usa por periodos de 15 min. seguidos de un descanso de otros 15 min. se repite esta operación se repite por el -- transcurso de tres horas, y durante tres días después de la operación y se complementa con el empleo de sulfato de magnesio se diluyen 100grs. en medio litro de agua con una toalla.

3. Cuidados de la herida; la herida en la cavidad bucal cuando evoluciona normalmente no necesitan de terapeutica, la naturaleza provee las condiciones suficiente para la formación del coagulo y la protección de la herida operatoria, al segundo día de la herida se lava con suero fisiológico tibio.

Los puntos de sutura se retiraran al cuarto día, se pasa sobre el hilo dental a extraerse un algodón mojado en tintura de yodo y de mertiolate se toman las pizas de disección y se toma un extremo del nudo el más cercano al herida, se tracciona y por debajo de este se corta .

4. Tipo de alimentación : la alimentación del recién operado en la boca (anestesia local) la primera comida la hara después de 6 horas de la intervención y consiste en :

- a) Una taza de té ó un vaso de leche tibia ó caldo tibio.
- b) Jugo de naranja.

Después de seis horas :

- a) Jugo de carne .
- b) puré de papas y
- c) Gelatina , manzana cocida.
- d) Jugo de tomate, sopa de pasta, huevos hervidos.
- e) Dulce de piña ó leche, jugo de papaya
- d) Jugo de piña.

De todo esto se le da elegir al paciente según lo que apesquesca.

5. Instrucciones para el paciente : Antes de despedir al paciente se le dan instrucciones precesas por escrito sobre la dieta y

cuidados que debe tener en su domicilio, después del tratamiento, la higiene bucal, tratamiento por medio de antibióticos si son necesarios, quimioterápicos ó corticoides .

- a) Guardar reposo y mantener la cabeza en alto por algunas horas
- b) Colocar hielo en la cara sobre la región operada.
- c) No realizar ninguna clase de enjuagatorio por el término de tres horas mínimo.
- d) Si deja gasa retirarla al cabo de una hora .
- e) En caso de dolor tomar una tableta del medicamento indicado.

TEMA I.

COMPLICACIONES DE LA OPERACION.

En algunas ocasiones las operaciones pueden ser seguidas por alguna complicación local ó general, a continuación se mencionan - las medidas generales sobre las complicaciones posoperatorias :

I. COMPLICACION LOCAL.

a) Hemorragia primaria aparece inmediatamente a la operación el tratamiento de este tipo de problema ó hemorragia se realiza por dos medios ó procedimientos.

1º. Instrumental que se aplica ligando ó aplastando comprimiendo los vasos que sangran, la ligadura tiene escasas aplicaciones el aplastamiento se practica comprimiendo brusca y traumáticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento romo.

2º. El procedimiento mecánico se logra por taponeamiento y la compresión, se coloca un trozo de gasa y se sutura.

b) Hemorragia secundaria: esta aparece después de algunas horas ó días después de la intervención puede ser por la caída del coágulo ó por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia el tratamiento de este tipo de hemorragia se trata por métodos local general .

1º: Método local se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente ó que el paciente realice un enjuagatorio de su boca para retirar los restos de coágulos y sangre para localizar

el punto sangrante, la hemostasis se realiza por taponeamiento a presión con gasa simple ó con medicamentos. Encima de la herida y comprimiendo sus bordes se deposita un trozo grande de gasa seca la cuál se mantiene con los dedos ó bajo presión masticatoria y se mantiene durante media hora.

2º. Método general se mejorar el estado general administrando tónicos cardiacos (aceite alcanforado, cardiozol) y la sangre perdida se reemplaza por la inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes.

3º. Hematoma; es la entrada y disfunción y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de operación. Se trata igual que un basceso incidiendolo a bisturi ó galvano cauterio en algunas ocasiones puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre líquida del hematoma todavía.

4º. Infección: a pesar de las condiciones sépticas del campo operatorio la infección no es común. Pero pueden sobrevenir de una operación flemones, abscesos, celulitis y aún procesos de mayor intensidad pero el proceso más común es la alveolitis.

a) Tratamiento: una alveolitis puede calmarse colocando en el alveolo una porción de cemento quirurgico, este se deja dos ó tres días y retira .

5º. Dolor posoperatorio: debe ser calmado por medicamentos como el pramidon (morfina excepcionalmente).

a) El frío colocado a intervalos sobre la región operada calma el dolor en las primeras horas del posoperatorio.

c) En casos de nauseas ó dolor a la deglución se administra analgésico por vía rectal.

TEMA II.

COMPLICACIONES GENERALES.

Es la complicación más inmediata que puede presentarse y se deben al anestesico ó puede tratarse de un shock quirurgico su tratamiento se da a continuación.

- a) Se coloca al paciente horizontalmente con la cabeza más baja que el cuerpo para combatir la anemia cerebral.
- b) Administración de óxígeno al 100% si no se cuenta con lo necesario se inyecta por vía intramuscular vasoconstrictor.

CONCLUSIONES.

En cada uno de los capítulos desarrollados, se intenta enunciar los conocimientos básicos e indispensables que reunidos todos tendrán un objetivo y que es llevar con éxito y sin ninguna complicación en la cirugía del tercer molar inferior.

El interrogatorio y examen bucal del paciente nos remitirá su estado de salud general y padecimientos actuales. Con los datos reunidos de la historia clínica nos servirá para establecer un buen diagnóstico y llevar a cabo nuestra intervención quirúrgica con pronósticos favorables .

Es muy importante conocer cada uno de los instrumentos a usar y su aplicación para cada maniobra durante el proceso quirúrgico .

Es muy importante conocer cada uno de los instrumentos a usar y su aplicación para cada maniobra durante el proceso quirúrgico.

La posición correcta del paciente y el operador es de suma importancia, para tener un mejor acceso al campo operatorio y una visibilidad más exacta y sumado a esto una manipulación correcta para que se facilite el acto quirúrgico .

Es muy importante la asepsia antes de iniciada nuestra operación para reducir lo mayor posible el acceso de microorganismos pató

genos a nuestro campo operatorio y evitar las infecciones.

Es muy recomendable elegir el tipo de anestesia que se va a usar con el paciente para evitar cualquier cuadro alérgico y llevar un margen de seguridad para proceder con confianza en, la intervención, la técnica para anestesiarse es de gran importancia para colocarla en el sitio correcto para esto nos ayudamos del conocimiento anatómico de la región en la cual se va a intervenir, y el conocimiento anatómico de dicha región nos muestran los sitios de importancia para evitar un accidente en el acto operatorio.

Todos estos conocimientos recopilados nos llevan a un fin y es el de obtener una buena intervención quirúrgica y un postoperatorio satisfactorio.

BIBLIOGRAFIA.

CIRUGIA BUCAL .
GUILHERMO A. RIEZ CENTENO.
SEPTIMA EDICION .
EDITORIAL EL ATENEO.

CIRUGIA BUCAL.
DR. EMMET R. COSTCH.
DR. RAYMOND P. WHILTE JR.
EDITORIAL INTERAMERICANA.

ANATOMIA ODONTOLOGICA .
OROCERVICO FACIAL.
HUMBERTO ABRILE.
MARIO EDUARDO LIGUN.
RICARDO RODOLFO GAINO.
QUINTA EDICION.
TERCERA REIMPRESION .
EDITORIAL EL ATENEO.