



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

REMOCION QUIRURGICA DE TERCEROS
MOLARES INFERIORES INCLUIDOS.

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a n

AUREA SANCHEZ ROSALDO
RENE G. JIMENEZ GONZALEZ

Revisó satisfactoriamente

MEXICO, D. F.

Rosendo Hernández

1983



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.

T E M A R I O

	Pág.
I) INTRODUCCION.....	1
II) GENERALIDADES DE LA EXODONCIA.....	2
III) ANATOMIA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.....	5
IV) DEFINICION Y ETIOLOGIA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES.....	5
a) Metodos de diagnóstico.	
V) EXAMENES PREOPERATORIOS.....	12
a) Historia Clínica.	
b) Analisis de Laboratorio.	
c) Estudio Radiográfico.	
VI) CUIDADOS PREOPERATORIOS.....	24
VII) ELECCION DEL INSTRUMENTAL.....	35
VIII) ASEPCIA Y ANTISEPCIA.....	35
IX) ANESTESIA.....	36
X) TECNICA QUIRURGICA.....	40
XI) CUIDADOS POSTOPERATORIOS.....	46
XII) ACCIDENTES Y COMPLICACIONES.....	48
XIII) CONCLUSIONES.....	50
XIV) BIBLIOGRAFIA.....	51

INTRODUCCION

El tercer molar inferior incluido es la pieza que se encuentra fuera del eje longitudinal normal, (es decir con respecto a las piezas continuas), puede encontrarse girada ya sea hacia mesial, distal, lingual vestibular ó tener la más variada dirección.

Los terceros molares inferiores incluidos son problema muy frecuente en la vida actual, por eso nuestra intención al elaborar esta tesis es dar a conocer un procedimiento quirúrgico para la remoción de estos molares.

La retención puede ser producida por procesos genéticos, patológicos ó mecánicos que causan problemas fisiológicos funcionales y estéticos.

GENERALIDADES DE LA EXODONCIAARTICULACION DENTOALVEOLAR.

(Gonfosis)

Esta se encuentra formada por cuatro elementos principales:

Dos Blandos: Encia y Periodonto.

Dos Duros: Hueso y Diente.

ENCIA.- Es la porción de la mucosa oral que recubre a los procesos alveolares y rodea las regiones cervicales de los dientes.

ALVEOLO DENTARIO.- Tiene por lo general la forma de un cono o más según el número de raíces.

El alvéolo está constituido por tejidos: óseo esponjoso, recubierta en su cara periodóntica y externa (bucal, palatina ó lingual), por tejido compacto (compacta alveolar).

DIENTE.- Porción radicular; constituida por cemento, formando parte de la articulación dentoalveolar.

La disposición cuantitativa y cualitativa de este tejido origina distintas modalidades a la raíz o raíces, dandonos trabas (cementosis), ó facilidades para su abulción.

PERIODONTO.- Ligamento de Unión entre el diente y el alveolo, con espesor de aproximadamente un milimetro. Es un tejido conjuntivo fibroso, constituido por fibras colágenas, elementos celulares, vasos y nervios.

FIBRAS.- Estas fibras periodontales mantienen suspendido el diente en el alveolo, se clasifican en:

- a) Fibras gingivales: Se extienden del cemento a la en
cía en donde se pierden, confundiendo con el teji-
do conjuntivo de la encía marginal.
- b) Fibras crestodentales: Parten de la cresta alveolar
y van a insertarse en el cemento por debajo de la -
inserción de las fibras gingivales.
- c) Fibras alveolodentales horizontales: se dirigen ho-
rizontalmente desde la pared alveolar al cemento den-
tario.
- d) Fibras alveolodentales oblicuas: Se dirigen obli-
cuamente en dirección al ápice radicular, desde el_
alveólo al cemento, ocupando la mayor parte del pa-
ricodonto.
- e) Fibras apicales: En abanico que se irradian desde -
la vecindad del ápice a la pared alveolar.

ELEMENTOS CELULARES.- Restos de Malassez, establastos
cementoblastos, osteoclastos, fibroblastos.

VASOS SANGUINEOS.- Son ramas de las arterias y venas al
veolares y superiores, desembocando en paredes alveolares y en-
cía. La ruptura de estos en maniebras quirurgicas nos promueven_
el sangrado, que nos ayuda a la cicatrización de la herida.

NERVIOS.- Como el anterior, tiene su origen en los ner
vios del hueso y encía.

EXODONCTA

DEFINICION.-

Es la parte de la cirugía bucodentomaxilar que concierne a la extracción dentaria.

EXTRACCION DENTARIA.-

Se entiende por extracción dentaria al procedimiento quirurgico que tiene por objeto desalojar de sus alveolos los organos dentarios que se consideran necesarios.

ANATOMIA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR
INFERIOR

Un cirujano capaz es aquel cuya destreza manual se basa en conocimientos fundamentales de anatomía, fisiología, y de los estados patológicos que puede encontrar. Viendo así la anatomía normal como si estuviese en un vidrio, pensando en términos de los cambios estructurales que pueden ocurrir en esa parte, debe educar sus dedos para descubrir las anomalías de estrutura e interpretarlas en estados patológicos ó traumáticos mos.

El maxilar inferior es un hueso impar, medio y simétrico, en este se encuentra la región del tercer molar.

Esta región se halla constituida por el hueso maxilar el molar que aloja y las partes blandas que lo cubren, revisten y circundan.

La región del tercer molar inferior está situada en el ángulo diedro de unión de las dos partes componentes de la mandíbula: la rama ascendente y el cuerpo. Esta región la podemos considerar limitada imaginariamente por dos planos: Por delante un plano formado por la cara distal del segundo molar y su prolongación hasta el borde inferior del hueso; y por encima un plano horizontal que pasa a nivel de la espina de Spix prolongándose hasta el borde parotideo de la mandíbula.

MUSCULOS

Solo haremos una somera descripción de los músculos - que tiene relación con el tercer molar.

MASETERO.- Poderoso músculo masticatorio de forma -- rectangular, insertándose en el arco cigomático y en la cara - externa del maxilar inferior.

TEMPORAL.- Es un ancho abanico muscular que se extiende desde la fosa temporal hasta el vértice, borde y cara interna de la apófisis coronoides del maxilar inferior.

BUCINADOR.- Este forma la pared lateral de la cavidad bucal; contrae, con la región que nos ocupa.

Es un músculo plano y corto que tiene inserciones -- óseas, musculares y aponeuróticas; se dirige desde la pared - posterior de la arcada hasta la comisura labial.

CONSTRUCTOR SUPERIOR DE LA FARINGE.- La forma de este músculo es cuadrilátera y tiene relaciones en su inserción anterior e inferior con la región del tercer molar inferior. Se inserta en el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides, en el ligamento pterigomaxilar y en el extremo distal de la línea milohioidea.

PTERIGOIDES INTERNO.- Este músculo corto y poderoso, solo en escasas oportunidades tiene alguna relación importante con el tercer molar; en las rotaciones una gran desviación -- lingual.

MILOHIOIDES.- Musculo par: cada uno de ellos de forma cuadrilátera, se entiende desde el maxilar inferior al hueso hioides formando entre ambos un plano muscular que constituye el piso de la boca. El musculo se inserta en la línea milohioidea desde el extremo posterior de esta línea hasta la sínfisis.

NERVIOS.- Esta región está inervada por el Trigemino por intermedio de su tercera rama, el nervio maxilar o mandibular.

El nervio dentario inferior tiene en una de sus ramas terminales la inervación sensitiva de la zona.

Este nervio atraviesa el espacio pterigomandibular y entra al conducto dentario por el orificio superior, junto con la arteria.

ARTERIAS.- La arteria que irriga la zona del tercer molar inferior es una rama colateral descendente de la maxilar interna: Arteria Dentaria Inferior.

VENAS.- Dentro del conducto dentario se alojan dos o más venas que recorren el mismo camino que la arteria dentaria sus tributarias son homólogas y paralelas a las arterias pulpares, osseas, periodonticas y gingivales.

Las venas dentarias desembocan en el plexo pterigoiideo, situado en la región cigomática.

LINFATICOS.- Los tejidos blandos pericoronarios y el hueso que rodea al tercer molar inferior dan origen a conductos linfáticos que van a desembocar en una serie de ganglios situados en la región suprahioides.



Inervación y Localización del Tercer N. par
Inferior incluido dentro e incluido



DEFINICION Y ETIOLOGIA DELOS TERCEROS MOLARES.

Organo terminal de la serie dentaria, el Tercer Molar inferior presenta características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayor variedad de formas y anomalías y disposiciones.

Se denomina "Diente incluído" (retenido ó impastado), aquellos que una vez llegada la época de su erupción quedan engastados dentro de los máxilares manteniendo la integridad de su sacro pericoronario fisiológico.

La inclusión dentaria puede presentarse en dos formas:

INCLUSION INTRADESA.- Cuando el diente está completamente rodeado por tejido óseo.

INCLUSION SUBGINGIVAL.- Cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival.

Cualquiera de los dientes temporales, permanentes ó supernumerarios, pueden quedarse incluídos en los maxilares.

Causas por las cuales el diente no hace erupción:

- a) Embriológicas.- La ubicación especial de un germen dentario en su sitio alejado del normal de su erupción, por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y

empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con un diente vecino, incluido o erupcionado; sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un sitio que le permita erupcionar normalmente.

b) MECANICOS.— Estos a su vez se dividen en:

- 1) Falta de espacio.— Se puede considerar varias posibilidades, el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared (cara distal del segundo molar) y la rama ascendente del maxilar.
- 2) Hueso de tal condensación que no puede ser vencido en el trabajo de erupción (exostosis).
- 3) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser:
 - I) Un organo dentario.
 - II) Dientes vecinos.
 - III) Posición viciosa de un diente incluido que choca con las raíces de un diente vecino.
- 4) Elementos patológicos como dientes supernumerarios, tumores odontogénicos.

Los tumores llamados odontomas constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria.

c) CAUSAS GENERALES.— Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas -

pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retención y ausencia de dientes.

Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio - (raquitismo y las enfermedades que le son propias), tienen también influencia sobre la retención o inclusión dentaria.

a)

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Tenemos el estudio del paciente por medio de la elaboración de la historia Clínica (antes descrita), y ayudados por la exploración clínica directamente a la zona se podrá hacer una evaluación más exacta.

Métodos generales de exploración son recursos de que el médico se vale para averiguar el estado anatómico-funcional, en este caso de la zona que nos interesa la región del tercer molar inferior.

Dichos métodos ó procedimientos generales de exploración son:

- 1) Interrogatorio.
- 2) Inspección.
- 3) Palpación.
- 4) Percusión
- 5) Punción exploradora.

Interrogatorio. - Exploración clínica por medio del lenguaje, se divide en:

Directo.- El que se hace al enfermo mismo.

Indirecto.- Cuando el enfermo por alguna causa no nos puede referir nada y es otra persona la que nos contesta.

Inspección.- Es la exploración Clínica por medio de la vista y puede ser simple ó con algún instrumento (espejos, espiador).

Para la inspección debe haber buena luz, el paciente estará en una posición donde sus músculos estén relajados.

En el caso de los terceros molares incluidos el sitio que nos interesa es: El color, la forma, el volumen, estado de la superficie y de movimientos.

Palpación.- Por medio del sentido del tacto, y esto puede ser manual o instrumental, nos ayuda con datos como:

Temperatura, consistencia, sensibilidad dolorosa y de movilidad de planos superficiales sobre las regiones que están en relación directa con el tercer molar inferior.

Percusión.- Consiste en golpear metódicamente, con el fin de provocar movimientos o localizar puntos dolorosos. A menudo la percusión puede ilustrar sobre la elasticidad de los tejidos, en el caso, si alguna parte del tercer molar que está expuesta.

Punción exploradora.- Consiste en la introducción, en los tejidos de una aguja hueca, seguida de la aspiración de una jeringa, con el objeto de saber si en la región existe una colección líquida.



Vista vestibular del Tercer Molar inferior
Incluido en posición Mesioangular,
e impedimento del Segundo Molar.

V

EXAMENES PREOPERATORIOS

a) Historia Clínica

La historia clínica es la recopilación de datos dados por el paciente para llegar a obtener un buen diagnóstico, el plan de tratamiento adecuado y un pronóstico satisfactorio.

Debe constar de dos partes importantes:

1.- La Administrativa.

2.- La Clínica.

1.- La administrativa incluye los datos personales del paciente (Nombre, edad, sexo, raza, estado civil, nacionalidad, ocupación, domicilio y teléfono) así como un estudio socioeconómico.

2.- La Clínica consta:

a) De los síntomas que motivaron la consulta, su naturaleza, aparición y duración de estos padecimientos principales que generalmente llevan al paciente con el Cirujano Dentista.

b) Y la Anamnesis o interrogatorio donde el paciente narra las enfermedades presentes y pasadas así como las familiares sin hacer preguntas que lesionen el pudor del paciente o sea problemas sin relación alguna al caso.

Presentación de una Historia Clínica

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____
 Dirección _____ Tel: _____ Edo. Civil _____

Fecha _____ Ocupación _____

1.- Motivo de la Consulta:

- a) Examen Bucal.
- b) Alivio de una Molestia
- c) Emergencia.

2.- Padecimientos Actuales:

- a) Naturaleza.
- b) Aparición.
- c) Duración.

3.- Estado Bucal:

- a) Labios
- b) Región Yugal.
- c) Paladar y Velo del Paladar
- d) Piso de la Boca
- e) Lengua
- f) Mucosa
- g) Ganglios Linfáticos.

4.- Articulación temporomandibular.

5.- Oclusión

6.- Maxilar y Mandíbula:

- a) Padecimientos Actuales.

7.- Región Gingival:

- a) Color
- b) Forma

- c) Consistencia.
- d) Pigmentaciones.
- e) Tártaro Dentario.
- f) Encías Sangrantes.
- g) Exudado.
- h) Dolor.
- i) Bolsas Parodontales.

8.- Higiene Bucal.

9.- Piezas Dentarias:

- a) Número de Piezas Dentarias.
- b) Caries.
- c) Alteraciones Dentarias.
- d) Restauraciones.
- e) Dientes Primarios y Permanentes.
- f) Raíces Dentarias.
- g) Dientes Ausentes.
- h) Movilidad.
- i) Prótesis fijas y removibles.

Estado General del Paciente

Esta parte clínica puede ser contestada por el paciente para que éste piense que se trata de un procedimiento repetitivo y que el interrogante carece de interés real en él como persona con problemas. Debido a esta técnica, se omiten a veces datos importantes, indispensables para la elaboración de un diagnóstico. Por lo tanto es preferible dejar al paciente solo en la silla dental, marcando las respuestas del cuestionario -

que se le presenta impreso.

Indicaciones del Paciente

Si su respuesta a la pregunta es afirmativa, ponga - un círculo alrededor de la palabra "si" si es negativa alrededor de la palabra "no", y llene los espacios como se le indica:

1.- Su salud es buena? SI NO

2.- Se encuentra Ud. bajo el cuidado de un Médico. SI NO

3.- El nombre y dirección de mi Médico son:

4.- Ha padecido Ud. alguna enfermedad grave o se ha sometido a una intervención quirúrgica de importancia? SI NO

Si contestó afirmativamente, que padecimiento u operación fue.

5.- Padece o padeció alguno de los - trastornos siguientes?

a) Enfermedades Cardiovasculares

- Siente dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo. SI NO

- | | | |
|---|----|----|
| - Le falta el aire después de un ejercicio leve? | SI | NO |
| - Se le inflaman los tobillos? | SI | NO |
| - Siente que no puede respirar bien cuando se acuesta o necesita almohadas adicionales para dormir? | SI | NO |
| b) Alergias. | SI | NO |
| c) Asma | SI | NO |
| d) Desmayos o Convulsiones? | SI | NO |
| e) Diabetes | SI | NO |
| - Tiene necesidad de orinar más de seis veces diarias? | SI | NO |
| - Tiene sed la mayor parte del tiempo? | SI | NO |
| - Se le seca la boca frecuentemente? | SI | NO |
| f) Hepatitis o alguna enfermedad del hígado? | SI | NO |
| g) Úlcera Gástrica. | SI | NO |
| h) Enfermedades de los riñones | SI | NO |
| i) Hipotensión o Hipertensión. | SI | NO |
| j) Enfermedades de los riñones. | SI | NO |
| k) Otras _____ | | |
| l) Hemofilia | SI | NO |
| 6.- A tenido hemorragias excesivas o anormales después de extracciones, cirugía o traumatismos? | SI | NO |
| - Se le hacen moretones fácilmente? | SI | NO |

- Alguna vez ha necesitado alguna -
transfusión? SI NO
- Si contesto afirmativamente expli-
que las circunstancias.
-

7.- Padece Ud. algún trastorno de la_
sangre como anemia? SI NO

8.- A sido operado o sometido a trata-
miento radiaciones para tumor? SI NO

9.- Esta Ud. tomando alguna droga o -
medicina? SI NO

- Si respondió afirmativamente ano-
te lo que está tomando.

Mujeres

10.- Tiene problemas con su ciclo mes-
trual? SI NO

11.- Esta Ud. embarazada? SI NO

Firma del Paciente.

En cualquiera de las respuestas afirmativas que necesitemos mayor información para esclarecer alguna duda haremos un interrogatorio más extenso sobre dicha afirmación, en colaboración directa con su médico para seleccionar el tipo de tratamiento adecuado.

Resumen del examen clínico y dental.

Exámenes recomendados.

Diagnóstico

Pronóstico

Plan de tratamiento

b)

ANÁLISIS DE LABORATORIO

Es importante conocer los factores y datos para el diagnóstico de los trastornos hemorrágicos.

La evaluación de Laboratorio de la hemostasis tiene 2 -
objetos:

- 1.- Establecer la presencia o ausencia de un trastorno hemorrágico.
- 2.- Hacer identificación diagnóstica específica de cualquier anomalía encontrada. En el siguiente desarrollo se describen un grupo de pruebas, las cuales - pueden descubrir los defectos que alteran a las plaquetas o a los factores plasmáticos.
 - a) Tiempo de sangrado.
 - b) Tiempo de coagulación.
 - c) Parcial de tromboplastina.
 - d) Tiempo de protrombina.
 - e) Cuantificación de fibrinógeno.
 - f) Prueba del torniquete ó de Rumpel Leede.

TIEMPO DE SANGRADO.

Revela perturbaciones de la contractilidad y evalúa la formación del tapón plaquetario.

Timepo de sangrado según	Ivy	2-6 minutos.
	Duke	1-3 minutos.

TIEMPO DE COAGULACIÓN

Prueba que mide la eficacia global de la coagulación -- sanguínea, su alargamiento indica deficiencia de uno de los -- factores necesarios para la coagulación o presencia de anticoa-- gulantes circulantes.

Tiempo de coagulación de la sangre (Lee - White) 5 - 8_ minutos.

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

Demuestra perturbación de la formación intrínseca de -- tromboplastina.

Tiempo parcial de tromboplastina: 35 - 55 segundos.

TIEMPO DE PROTROMBINA

Mida el conjunto de factores plasmáticos que intervie-- nen en la activación extrínseca (protrombina, Factores V, VII_ y X) siempre que la cantidad de fibrinógeno sea normal y no -- existan anticoagulantes circulantes.

Es un tiempo (Quick).....No deberá guardar una diferen-- cia de más de 3 segundos con el del testigo que ordinaria-- mente es de 10 a 15.

CUANTIFICACION DE FIBRINOGENO

Esta prueba es una medición de la tasa de conversión -- de fibrinógeno en fibrina bajo la influencia de un exceso de trombina.

Normalmente la fibrinogenemia oscila entre 2 y 4 g. -- por litro, aunque los valores oscilan según la técnica empleada.

Fibrinógeno Total ----- 200 - 400 mg.

PRUEBA DEL TORNIQUETE G -

DE RUMPEL LEEDE.

Pone de manifiesto la fragilidad capilar.

Menos de 10 petequias en un círculo de 5 centímetros -- de diámetro.

c)

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El estudio radiográfico es el método auxiliar de diagnóstico más eficaz y valioso con el que contamos. El estudio radiográfico del tercer molar inferior incluido, señala una cantidad de detalles de interés que deben ser útiles y juiciosamente aplicados en el diagnóstico para la cirugía de este.

Con las radiografías se hará un estudio completo de la pieza, es decir, de su tamaño, su forma, su posición, su relación con el segundo molar, la dirección y la forma de sus raíces, la relación con las tablas interna y externa, con la rama ascendente, con el paquete dentario, las condiciones patológicas del diente y de los tejidos vecinos.

Para este estudio contamos con dos tipos de radiografías extraorales e intraorales:

EXTRAORALES.

No son muy frecuentes, se utilizan, cuando el molar está alojado; ya sea en la rama ascendente del maxilar, ó en la proximidad de su ángulo, en la cual las películas intraorales no alcanzan para darnos la imagen total que necesitamos, razón por la cual en estos casos debemos recurrir a radiografías extraorales.

Esta película extraoral también la utilizamos en aquellos pacientes que no pueden abrir suficientemente la boca para colocar las películas intraorales.

INTRADORALES.

Radiografía Periapical.- Este tipo de radiografía es la más usual y con la que obtenemos datos más acertados ya que se adaptan fácilmente a la región que ha de radiografiarse, dándonos resultados más detallados, como contraste y longitud radicular.

Nos muestra la cantidad de tejido óseo que pueda ser la más variada, este es en el caso de una incluida.

Radiografía Oclusal.- La radiografía oclusal se toma en inclusiones totales, con esto podremos conocer la relación bucolingual del molar con respecto al segundo molar y a las tablas interna y externa del maxilar.

VI

CUIDADOS PREOPERATORIOS

Consiste en cuidados de origen general y sistemáticos. Los propios de cada especialidad, según lo requiera el paciente, para facilitar y dar seguridad a la intervención quirúrgica.

La preanestesia, es útil cuando se extraen dientes incluidos, bajo anestesia local. Por vía bucal, la dosis para un paciente externo es de 0.1 de pentobarbital sódico. Sin embargo, pueden administrarse por vía intravenosa de 1 a 2 ml. de esta substancia. El paciente permanece ambulante, pero se requiere de alguien que lo lleve a casa.

La música, el ambiente apacible, y la conversación interesante del operador, ayudan a establecer una atmósfera favorable.

Es importante avisar al paciente de una posible parésis posoperatoria en el caso de la cercanía exagerada del paquete vasculonervioso.

Pueden administrarse muchos otros medicamentos por vía intravenosa ó intramuscular, que nos ayudan a potencializar el anestésico, a evitar infecciones y en caso de alguna anomalía que sufra el paciente.

PREPARACION DEL PACIENTE

La preparación del paciente se inicia con un enjuague bucal de cualquier agente antiséptico adecuado para reducir el número de bacterias intrabucales.

Lienzos de campo.- Estos serán estériles y nos proporcionarán un campo estéril, y también nos sirven para cubrirle los ojos, reduciendo así el traumatismo psicológico.

Las porciones expuestas de cara o mentón se lavan con solución antiséptica. Se coloca un lienzo estéril sobre el pecho del paciente, esto nos reduce considerablemente infecciones.

ANTIBIOTICOTERAPIA

BINOTAL

Ampicilina.

Penicilina de amplio espectro

Indicaciones.- Infecciones de las vías urinarias, respiratorias digestivas y biliares. Infecciones locales o generalizadas que no respondieron suficientemente a otros antibióticos (clorofenicol, tetraciclina), especialmente con gérmenes de los grupos enterococos, hemofilus, proteus, salmonelas y coli.

Desificación.- 1 a 2 cápsulas de 500 mg. cada 6 a 8 horas, o su equivalente (1.0 g) c/6 horas, por vía intramuscular o intravenosa en inyección lenta.

Presentaciones.- Frasco con 12 cápsulas de 0.250 g.
Frasco con 8 cápsulas de 0.500 g.
Frasco ampula con aminobencilpenicilina sódica - equivalente a 1.0 g de ampicilina con 1 ampollita de 10 ml. de agua inyectable esterilizada.
Frasco ampula con aminobencilpenicilina sódica - equivalente a 2.0 g. de ampicilina. con 1 ampollita de 20 ml. de agua inyectable esterilizada.
Frasco ampula con aminobencilpenicilina sódica - equivalente a 5.0 g. de ampicilina, para equipo de venoclisis.

PENTREXYL

Ampicilina.

Indicaciones.- Infecciones de piel, tejidos blandos y postquirúrgicas. Linfangitis, heridas infectadas, pioderma.

Dosificación.- Según se requiera el caso.

Presentaciones.- Inyectable frasco-ampula de 125, 250, 500 mg 1.0 g. Oral cápsulas 250 mg en frasco con 12, y de 500 mg. en caja con 8 cápsulas.

LINCOCIN.

Lincomicina

Indicaciones.- Amigdalitis, bronquitis, laringitis, faringitis, -- neumonías, sinusitis, Otitis, Abscesos, heridas infectadas furunculosis, acné, coluitis, osteomielitis, escarlatina, etc.

Administración

y Pasología.- Vía Oral, parenteral o intravenosa.

Vía Oral.- cápsulas:

Infecciones moderadas 500 mg 3 veces al día (500 mg cada 8 horas aproximadamente). Infecciones severas 500 mg o más) 4 veces al día (500 mg o más cada 6 - horas aproximadamente.)

Vía Parenteral: Intramuscular.- Adultos, Infecciones Moderadas 600 mg. (2 ml) vía intramuscular: cada - 24 horas. Infecciones severas 600 mg (2 ml) vía intramuscular cada 12 horas.

ANALGESICOS

DOLVIRAN.

- Indicaciones.- Estados dolorosos de diversa intensidad y localización: neuralgias, neuritis, jaqueca, dolores de esquinca, de fracturas, del post-partum, del postoperatorio, dismenorrea, cólicos y dolores espásticos en general.
- Dosificación.- Tabletac: 1-2 tabletas hasta 3 veces al día.
Supositorios: 1-4 supositorios en el día.
- Presentación.- Dolvirán tabletas; Caja con 10 tabletas en tiras de aluminio. Dolvirán supositorios; Adultos; caja con 5 supositorios en tiras de aluminio.

CIBALGINA

- Indicaciones.- Dolores de todas clases: cefalicas, odontalgias, neuralgias, algias postoperatorias y heridas dolorosas, dismenorrea, etc.; insomnio por dolores; -afecciones febriles por enfriamiento.
- Dosificación.- Vía oral: 1-2 comprimidos una o dos veces al día.
Vía rectal: 1 supositorio para adultos, una a tres veces al día. Vía intramuscular e intravenosa: 1 -ampollita hasta tres veces al día, según las circunstancias (no inyectar por vía subcutánea).
- Presentación.- Ampolletas. Supositorios para adultos. Comprimidos

PRODDOLINA

Indicaciones.-

Está indicada en todo tipo de dolor: agudo, crónica, visceral, somático, espasmódico. Proy Pectoperatorio.

Neuralgia del trigémino. Odontalgias. En todo tipo de dolor, cualesquiera sea su intensidad y origen y la edad y el estado del paciente.

Administración
y Posología.-

1 ampollita por vía endovenosa o intramuscular, que podrá repetirse en el día hasta 3-4 veces - si es necesario, según la intensidad del dolor.

Presentación.-

Cajas con 2 y con 5 ampollitas.

Caja con 2 y 10 tabletas.

RELAJANTE MUSCULAR

PACITRAN

Indicaciones.- Para alivio sintomático de los estados de tensión y de ansiedad y en el espasmo músculo-esquelético como inductor del sueño y como coadyuvante en el tratamiento de trastornos funcionales con fondo emocional.

Dosificación.- 5 a 30 mg. que de individualizarse conforme al tipo y severidad del cuadro clínico y respuesta del paciente: En personas de edad y pacientes débiles 5 mg. diarios.

Presentación.- Tabletetas de 2.5 mg (amarilla).
Tabletetas de 5 mg (rosa).
Tabletetas de 10 mg (verde claro).
Cajas con 20 tabletetas.

ROBAXISAL

Indicaciones.- Está indicado cuando se requiera tanto una propiedad analgésica como relajante en el espasmo del músculo esquelético.

Dosificación.- 2 tabletetas cuatro veces al día, o 3 tabletetas cada cuatro horas, de acuerdo con la severidad del espasmo.

Presentación.- Frasco con 30 tabletetas.

EQUANIL

Indicaciones.- Se encuentra indicado en los estados de ansiedad y tensión asociados a problemas emocionales que pueden estar acompañados de innumerables síntomas en los que padecimientos médicos y procedimientos quirúrgicos.

También se encuentra indicado en los espasmos -- musculares tales como afecciones músculo-esqueléticas, en desordenes musculares cuando el espasmo muscular es el principal factor.

Dosificación.- La dosis usual para adultos es de 1 tableta (400 mg) 3 ó 4 veces al día.

Presentación.- Tabletas de 400 mg. en cajas con 50, 100 y 500

ANTIINFLAMATORIOS

Paracetamol

- Indicaciones.- Sólo, para alivio de inflamación, el edema y el dolor en estados moderados asociados con:
Reacciones tisulares postoperatorias (cirugía oral, cirugía dental, posteriormente a extracciones, episiotomías, cirugía general incluyendo rinoplastias y cirugía de cabeza y cuello).
- Dosificación.- 2 grageas antes de la operación, seguidas de 2 grageas 4 veces al día por 1 ó 2 días después de la operación.
- Presentación.- Cajas con 12 y 24 grageas en tiras de papel aluminio.

CON ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO

Bromocelina.

- Indicaciones.- Infecciones odontológicas: abscesos dentarios, quistes dentarios infectados, infecciones postmanejos y extracciones.
- Dosificación.- Adultos de 1 a 3 gramos cada 24 horas repartidos en 4 tomas al día según la gravedad de la infección.
- Presentación.- Cápsulas de 250 mg.
Cápsulas de 125 mg.

TROMASIN

Ampicilina

Indicaciones.- En todo proceso inflamatorio, infeccioso.
En infecciones de tejidos blandos.

Dosificación.- Según lo requiera al caso de 250 mg. o 1 g. ca
da 8 horas.

Presentación.- Frasco con 12 cápsulas de 250 mg.
Frasco con 8 cápsulas de 500 mg.

ANTIHEMORRAGICOS

Anaroxyl "5"

- Indicaciones.- Prevención y tratamiento de hemorragias capilares quirúrgicas y no quirúrgicas.
- Dosificación.- Una a seis ampolletas por día, de acuerdo a la severidad y duración de la hemorragia.
- Presentación.- Caja con tres ampolletas.

Reptilase.

- Indicaciones.- Hemostático en diátesis hemorrágicas, púrpura hemorrágica, epistaxis, sangrado capilar en ca pa postquirúrgico. Extracciones dentales y cirugía maxilo-dental.
- Dosificación.- Repetir su administración según sea necesario, 1 ó 2 horas después de administrada la primera inyección; generalmente hasta repetir la dosis a las 12 ó 24 horas, una Unidad intravenosa comienza su acción a los 15 minutos y dura 12 horas.
- Una unidad intramuscular comienza su acción a los 45 minutos y dura 24 a 48 horas.
- Presentación.- Caja con 1 vial de 2 ml. y 1 ampolleta de 2 ml de solvente.

VII

ELECCION DEL INSTRUMENTAL

El cirujano dentista deberá contar con instrumental necesario para el tipo de intervención que vaya a practicar, ya que le ayudará a trabajar con menos traumatismo, mayor seguridad, más eficacia en menos tiempo y con menos complicaciones postoperatorias.

Espejos pinzas de curación, explorador, jeringa para infiltrar anestesia dental con sistema de aspiración, bisturí (mango Hard-Parker, núm. 3, la hoja Núm. 15 se usa con mayor frecuencia), periostomo, pinzas de gubia núm. 4, universales para cortar hueso, pieza de mano de alta velocidad y fresas de usarse técnica de fresa, retractores, escople automático, escople de Barry, escople de Soronaon, elevador de Winter núm. 1, 2, 10, 11, 14, derecho e izquierdo, elevadores Barry, elevadores recto de Seldin, elevador universal con su parte activa en ángulo, elevador de Clav-Dent para raíces, elevadores apicales derecho e izquierdo, forceps, curetas anguladas a la derecha e izquierda para extraer quistes y periostio, portaagujas, agujas atraumáticas de medio círculo con borde cortante, material de sutura de seda núm. de tres 000, tijeras de disección, tijeras para material de sutura, pequeñas pinzas de hemostasia curvadas, pinzas de Allis para asir tejido, aspirador de sangre (con motor y frasco colector, sánula de metal para la aspiración de sangre).

Todo este material puede ser seleccionado por el cirujano para la eficacia de la cirugía.

VIII

ASEPTICIA

Como en cualquier campo de la cirugía, las bases de la asepsia se aplican en la cirugía bucal.

El uso de los antibióticos no debe disminuir el cuidado meticuloso en la asepsia, ya que la infección de una herida -- puede acarrear el fracaso completo de la operación o, cuando menos, prolongar el proceso de curación.

La cavidad bucal nunca está quirúrgicamente limpia. -- Sin embargo, se puede evitar la mayor parte de la contaminación -- antes de la intervención. Antes de cualquier operación, aun una extracción, la boca debe limpiarse bien o aplicarse Mercresin en toda la cavidad bucal y la lengua. Todos los instrumentos deben -- ser esterilizados y colocados en una charola cubierta por una tolla estéril. En la región operada sólo deben introducirse gasas y esponjas estériles.

Las manos del operador deben estar limpias. Las manos, y los brazos hasta los codos, deben cepillarse cuidadosamente con agua y jabón y se debe dar atención especial a las uñas.

En cirugía mayor de la boca todos los campos deben ser estériles y el operador y ayudantes deben llevar cubrebocas, gorros, batas y guantes de hule también estériles, ya que la infección es el factor más frecuente del fracaso del hecho quirúrgico.

La esterilización del campo e instrumentos se pueda hacer por medio de calor, sustancias químicas y fármacos que peseen propiedades antisépticas, germicidas o bactericidas. La ci

rugia aséptica es aquella que está libre de toda infección o contaminación por instrumentos o materiales empleados al operar.

Es esencial una buena luz enfocada en el campo operatorio; una vez que el operador y sus ayudantes se han puesto los cubrebocas, gorros, batas y guantes, no deben tocar nada fuera del campo operatorio estéril.

En operaciones de la boca, muy numerosas pero breves, se permite darse un lavado de las manos enguantadas de dos minutos, entre una y otra intervención, en vez de cambiar guantes para cada paciente.

Existen en la actualidad materiales y equipos desechables que se utilizan sólo una vez para la rapidez y eficacia de una operación.

ANTISEPSIA

Métodos que inhiben o matan microorganismos que se encuentran en el organismo, pero sin excluirs del todo.

La práctica de estos métodos nos ayudan de gran manera a la recuperación del paciente en un corto lapso de tiempo, ya que evita la infección de la herida.

IX

ANESTESIA

El anestésico Infiltrado, es el medio de elección para el control del dolor en tratamientos conservadores y quirúrgicos, que en casos necesarios se lo combina con preanestésicos (antes descritos).

Es indispensable el conocimiento detallado de las regiones anatómicas y de las estructuras que encontremos con el objeto de infiltrar exactamente en la salida ó entrada de un tronco nervioso tal es el caso de la anestesia troncular del maxilar inferior.

El tiempo de infiltración de 2 cm³ será de 1 minuto por cartucho para evitar alguna molestia al paciente, y nosotros tener control de ella en caso de alguna reacción indeseable.

Es importante que antes de infiltrar el anestésico se aspire para no depositar este en el torrente sanguíneo, si esto llegara a suceder debe retirarse el cartucho, por lo tanto las jeringas que se utilicen, deben tener la característica de ser de aspiración.

También deberá de considerarse la temperatura del líquido anestésico para evitar la sensación desagradable que esto le pueda causar al paciente, calentando el cartucho ya sea frotándole con las manos o pasarlo ligeramente sobre la flama de un mechero, con esto conseguiremos que el líquido entre al organismo a una temperatura similar a la corporal 36.5 °C.

Técnica

Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua es decir el borde interno de la rama del maxilar inferior. Se hace

la punción 1 cm. por encima del plano oclusal del tercer molar. La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula inferior y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes de la mandíbula inferior del lado a anestésicar.

Si el paciente mantiene la boca bien abierta, se obtendrá mayor seguridad en el bloqueo.

En el caso de cirugía de tercer molar inferior es necesario bloquear el nervio bucal, y se logra infiltrando anestésico en la región del tercer molar por encima del pliegue mucoso.

TECNICA QUIRURGICATERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS

(Clasificación)

CLASIFICACION.- Los terceros molares incluidos, se clasifican ante todo, según su posición. La clasificación de George Winter será la que se presentará.

Clase	I	Posición Vertical.
Clase	II	Posición mesioangular.
Clase	III	Posición Horizontal.
Clase	IV	Posición distoangular.
Clase	V	Posición vestibuloangular.
Clase	VI	Posición Linguoangular.
Clase	VII	Posición invertida.

Además de los defectos de alineación, distinguimos también en los dientes su situación alta o baja respecto al plano de oclusión. Los dientes que quedan a nivel elevado, o sea, cerca del plano de oclusión, están por lo regular parcialmente brotados, los que se encuentran a bajos niveles, lejos del plano de oclusión están retenidos, bien en los tejidos blandos o completamente incluidos en el hueso.

Es de mucha importancia la curvatura de las raíces ; - deberá adoptarse la siguiente clasificación:

a) Raíces rectas separadas o coalescentes.

ELABORACIÓN DE UN DISEÑO DE UN

Posición
Vertical



Posición
Distangular
y
Horizontal



Posición
Mesioangular
Vista por oclusal





Diferentes formaciones de raíces y coronas
en Terceros Molares.

- b) Raíces curvadas en dirección distal.
- c) Raíces curvadas mesialmente.

La técnica que explicaremos a continuación se realiza en las intervenciones de terceros molares inferiores incluidos cualquiera que sea su retención.

La posición del paciente será en semidecubito, su espalda colocada en el respaldo del sillón y su cabeza en ligaramente hacia atrás.

Dividiremos en 7 pasos la técnica quirúrgica:

- 1) Incisión.
- 2) Preparación de los colgajos.
- 3) Osteotomía.
- 4) Operación propiamente dicha.
- 5) Odontosección.
- 6) Tratamiento de la cavidad ósea.
- 7) Sutura.

1.- La Incisión.— Se hará con el bisturí de Bard-Parker, en la región retromolar que se va a intervenir, el tipo de incisión será lineal ó si lo requiere una incisión Magnus ó incisiones mixtas.

La incisión se hará a partir del borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula, hasta el segundo molar y por vestibular debridando con el bisturí el segundo molar.

El tamaño de la incisión es de acuerdo al buen acceso y visibilidad del lugar a operar.

2.- Preparación de los colgajos.- Hecha la Incisión, se hace hemostásis comprimiendo la región brevemente. Luego con el periostomo o con una legra se introduce entre los labios obtenidos por la incisión progresando desde el lado distal hacia el mesial, el periostomo deberá tocar y apoyarse en hueso, haciendo suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento, se desprende el labio bucal de la incisión; es importante que el colgajo tenga buen aporte sanguíneo, para que no sufra necrosis.

Para facilitar las maniobras posteriores se puede tomar con una pinza de disección ó dientes de ratón el labio externo o bucal de la incisión. Con el periostomo seguiremos separando encía del segundo molar de la parte vestibular para tener mejor visibilidad y campo de acción.

3.- Osteotomía.- Es la eliminación de hueso necesario para tener acceso al molar y disminuir la resistencia que está dada por la cantidad y calidad del hueso.

La osteotomía la podemos realizar por medio de escoplos, fresas quirúrgicas, pinzas gubias ó escoplo automático.

Toda la osteotomía se debiera realizar con irrigación de suero fisiológico, para evitar el calentamiento y por lo tanto la necrosis de la zona que se está trabajando.

Se hará descubriendo la pieza por su supuesta zona pericoronaria y hacia la zona vestibular del tercer molar, tratando de eliminar solo lo necesario de hueso. Que esta dada por la retención, que nos causa, la profundidad, esto nos ayuda a la aplicación de un grado de fuerza en la palanca destinada a la extracción (osteotomía para la extracción).

4.- Operación propiamente dicha y 5.- Odontosección.— Al eliminar las estructuras óseas que significan la resistencia se inicia la operación propiamente dicha que consiste en la extracción del tercer molar debido a la aplicación de las palancas.

El elevador llega a la cara mesial del molar incluido y allí se aplica la palanca, el instrumento, con punto de apoyo en el borde óseo por vestibular, y una fuerza ejercida sobre su mango eleva el molar siguiendo el camino de menor resistencia, esta es la mecánica de una extracción sin menor complicación que será variada cuando la pieza a extraer tenga posiciones que no permitan la expulsión de la pieza completa, al igual que por su variedad de raíz o raíces que impidan su salida, y que por el estudio radiográfico lleguemos a la conclusión de que la pieza deberá ser seccionada en diferentes partes según el caso.

A la sección de una pieza dentaria se la llama odontosección que es disminuir el volumen del cuerpo a extraer, fragmentando la pieza.

Esta odontosección tiene varias ventajas: disminuye el tamaño del campo operatorio; disminuye la cantidad de hueso a eliminar; se acorta el tiempo operatorio; no hay lesión sobre dientes vecinos; se realiza una lesión mínima sobre el hueso vecino, etc.

La odontosección se hace con: escoplo, escoplo automático, fresas de carburo y de diamante, se puede realizar sobre el molar de dos maneras: dividiendo el diente según su eje menor ó según su eje mayor con esto se puede eliminar un tercio de la corona distal o mesial; corte longitudinal de raíces ó corona para

luego poder extraer las porciones.

Cada vez que se seccione una porción se utiliza un elevador de Elev-dent para desalojar los fragmentos ó hacer palanca en medio de la fisura para fraccionarlas e ir extrayendolas. Cuando quedan las raíces que pueden estar fusionadas se realiza un orificio sobre la cara distal de la raíz, en este orificio se introduce la punta de un elevador Elev-dent ó 14 de Winter (derecho ó izquierdo) y apoyando el lomo de la hoja en el borde óseo distal — (punta de apoyo importante) y girando el mango del instrumento en el sentido de desplazar la raíz hacia el lugar dejado por la corona.

6.- Tratamiento de la cavidad ósea.— Después de realizada la extracción del molar incluido, dos son las maniobras a realizar en la cavidad ósea que alojaba el molar que posteriormente será complementada por la sutura.

- a) La eliminación quirúrgica del saco paricoronario (normal ó patológico).
- b) El tratamiento médico de la cavidad ósea.
- c) Se realizara con una cucharilla filosa separando los tejidos o el saco conjuntivo de la cavidad ósea alveolar, tomando el saco con unas pinzas de mosca o de Kacher curva y se recorre con la cucharilla las paredes óseas, procurando un plano de clivaje que permita la total resucción del saco.

Es recomendable que se tome una radiografía para verificar si no queda alguna porción de la pieza en el alveolo.

7.- Suruta.- Es el final del transoperatorio y cierre de los planos insididos. Después de verificar la cara interna de los colgajos eliminando tejidos de granulación, restos óseos y dentarios, y verificando al congrado para la formación del coagulo, se adaptan cuidadosamente al perióstio, vuelve el colgajo a su sitio de normal ubicación y se procede a suturár con puntos aislados para conseguir que no queden puntos muertos ó que halla entrada de comida al interior de la herida.

El material de sutura será de los no-absorbibles ya sea de origen vegetal, animal, mineral y sintético.

El grosor de 300, en agujas atraumáticas y curva, ya que este tipo de aguja forma continuidad con el cabo del material de sutura, evitando el tropozón de las agujas ordinarias que se origina en el ojillo por el doble hilo.

XI)

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

La asistencia postoperatoria es de gran importancia, -- pues constituye el éxito de la operación y el bienestar del pa-- ciente mejorando ó modificando los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención.

Este postoperatorio lo podemos dividir en dos:

- a) Inmediata
- b) Mediate

Inmediata.-- Terminada la operación se limpia la cara y se lava la cavidad bucal, se le puede colocar una gasa esteril - en el lugar de la extracción.

Se deja al paciente descansar un tiempo prudente y se le coloca una compresa con hielo sobre la cara en la zona operada, - intercalando con tiempos de descanso durante una hora, e indican-- dole el tratamiento a seguir.

Mediate.-- Es importante indicarle por escrito que debe-- rá guardar reposo por algunas horas, no realizar esfuerzos, no - hacer colutorios, de que en caso de hemorragia se colocara una - gasa esteril en el lado operado y morderle para que por compres-- sión se cohiba la hemorragia o en casos complicados se aplicarán antihemorrágicos inyectados o tomados.

Al día siguiente las compresas serán de agua caliente - aplicandolas 15 minutos y descansando un tiempo similar.

Alimentación: Esta debere ser las primeras 24 horas --

dieta líquida después durante 48 horas dieta blanda evitando grasas, irritantes y picantes.

Analgesicos: el dolor es la consecuencia lógica de una operación en la cavidad bucal pero esta en relación con el grado de traumatismo que halla habido en la manipulación de los tejidos.

Se le dará un analgésico a consideración del caso evitando todos aquellos que contengan ácido acetil-salicílico, ya que estos interfieren en la coagulación.

Antibiótico: Solo que sospechemos de alguna infección o que anterior a la cirugía halla habido, solo en tales casos se recetará, si no se excluirá en el tratamiento.

Se citará al paciente a los 5 ó 7 días después de la intervención para remover los puntos si no hubo complicación alguna en la herida.

XII)

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

Las complicaciones que pueden ocurrir en la cirugía de Terceros molares incluidos, son de gran peligro pero se pueden evitar o disminuir el riesgo preparando la cirugía y tomando en cuenta los mínimos inconvenientes.

Tendremos en cuenta que hay algunas complicaciones que se encuentran fuera de nuestras posibilidades y por eso es necesario conocer algunas de estas:

La hemorragia postoperatoria es una complicación fuerte que puede afectar la salud del paciente, sobre todo cuando continúa por varias horas, disminuyendo las defensas orgánicas del paciente, haciéndolo susceptible a la infección.

Se dará particular atención a todos los pacientes que tengan antecedentes hemorrágicos, que sangren excesivamente al ejecutar la operación ya que puede existir alteración del algún factor de coagulación o por la ingestión de medicamentos con ácido acetil salicílico que actúa retardando la formación del coágulo, tomando en cuenta estas anomalías, podrá administrarse antes de la intervención antihemorrágicos.

- a) Fracturas del Maxilar.- La aplicación de palancas inadecuadas y el abuso en la osteotomía para lograr un buen acceso son causas principales de Fracturas en el maxilar, por eso debemos de tener precauciones en estos procedimientos.

Lesión del diente continuo, aunque en la radiografía - preoperatoria no aparezca sucede a menudo, por la proximidad del Tercer molar incluido al segundo molar, por la excesiva fuerza - que se ejecuta al hacer palanca en el borde alveolar distal del - segundo molar.

Rotura del instrumento, ya por defecto en la fabricación de los instrumentos, por la inadecuada manipulación de ellos y por otra parte excesiva fuerza que se ejerce cuando la odontotomía no a sido bien preparada.

El analisis cuidadoso y meticulouso del instrumental y de la técnica a utilizar nos evitan aumentar las complicaciones - ya existentes.

XIII)

CONCLUSIONES

El éxito de la intervención quirúrgica del tercer molar inferior incluido, se logra cuando el cirujano dentista programa con cuidado y elabora un diagnóstico preciso o cercano al real, para esto es indispensable la preparación general del enfermo, - incluyendo en está: Una historia clínica completa, un examen general, bucal, y una preparación psíquica; hacer un estudio radiológico exacto, pues es el método auxiliar de diagnóstico más eficaz y valioso con el que contamos; análisis de laboratorio, una medicación preintervención y si es necesario medicación preanestésica.

Es importante la selección del instrumental adecuado y contar con la mayor asepsia y antisepsia tanto de él, como de la región a intervenir.

Estudiar y prevenir los riesgos quirúrgicos locales y generales, al igual que conocer los principios básicos de la región y técnicas que nos lleven al éxito de la operación.

El tratamiento de estas piezas dentarias incluidas están en relación con factores anatómicos, fisiológicos y patológicos. Que nos llevan a la elección de la técnica adecuada y menos traumática para la extracción, así como los cuidados postoperatorios que nos ayudan a la recuperación más rápida.

La remoción quirúrgica de los terceros molares inferiores incluidos requiere de un estudio completo, tanto de sus técnicas como de las complicaciones y accidentes que pueden ocurrir ya que se puede estar atentando con la salud e integridad del paciente.

BIBLIOGRAFIA

ARCHER
CIRUGIA BUCAL
TOMO II

.....

DR. FRANCISCO CUEVAS.
MANUAL DE TECNICA MEDICA PROPEDEUTICA
EDITORIAL MENDEZ CERVANTES.
TERCERA EDICION

.....

G.A. RIES CENTENO
EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO
EDITORIAL " EL ATENEUM " BUENOS AIRES

.....

KRUGER GUSTAVO
CIRUGIA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA (1960)

.....

MASON Y ZINTEL
TRATAMIENTO PRE Y POST. OPERATORIO

DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
ANATOMIA HUMANA
EDITORIAL PORRUA, S.A. MEXICO.



DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS
P.M.