

1 ejemplar
(24)



Universidad Nacional Autónoma
de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

EXTRACCION QUIRURGICA DE TERCERA
MOLAR RETENIDA CLASE II

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
María Araceli Avilés Navarro



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.

TEMARIO

Pág.

CAPITULO I

DEFINICIONES:

- a).- Pieza dental retenida. 1
- b).- Pieza dental incluida.
- c).- Pieza dental impactada.

CAPITULO II

CLASIFICACIONES DE PIEZAS RETENIDAS. 2

- a).- Según la línea que pasa por los cuellos anatómicos de las piezas adyacentes.
- b).- De acuerdo al espacio existente entre rama ascendente y cara distal del segundo molar.
- c).- De acuerdo al eje longitudinal de la pieza retorida y el eje longitudinal del segundo molar.

CAPITULO III

CAUSAS LOCALES Y SISTEMICAS DE RETENCION. 6

CAPITULO IV

FRECUENCIA DE RETENCION. 10

	Pág.
CAPITULO V	
COMPLICACIONES POR PIEZAS RETENIDAS.	11
CAPITULO VI	
PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS.	
a).- Detección radiográfica.- Técnicas.	13
b).- Historia clínica.	16
c).- Plan de tratamiento.	22
d).- Exámenes de rutina.	22
CAPITULO VII	
FACTORES QUE COMPLICAN LA TECNICA OPERATORIA.	27
CAPITULO VIII	
TECNICAS DE ANESTESIA.	28
1.- Regional inferior:	28
a).- Directa.	28
b).- Extraoral submandibular.	30
c).- Mentoniana.	32
2.- General intubada.	34
CAPITULO IX	
INSTRUMENTAL Y MATERIAL NECESARIOS.	37

	Pág.
CAPITULO X	
TECNICA OPERATORIA.- Descripción paso por paso.	42
CAPITULO XI	
CONCLUSIONES.	58
CAPITULO XII	
BIBLIOGRAFIA.	60

PROLOGO

La Cirugía Bucal en la práctica es una especialidad dentro del gran campo de la odontología que requiere de la -- etología, imágenes radiográficas normales y anormales de los huesos faciales, lesiones y defectos de la mandíbula y sus -- partes adyacentes.

Estos servicios abarcan desde una simple extracción hasta la intervención quirúrgica más compleja incluyendo la - extracción de dientes retenidos, quistes y tumores, asimismo en las cuales se pueden presentar accidentes quirúrgicos como fractura de la mandíbula o de otros huesos faciales, muchos - de estos accidentes y complicaciones son de poca importancia, pero algunos pueden tener consecuencias mayores.

Ningún Cirujano Dentista debe realizar intervencio- nes quirúrgicas a menos que esté preparado para hacer frente_ a las complicaciones que puedan surgir durante o después de - la intervención, causando así un trauma mínimo al paciente.

El tercer molar retenido es una de las anomalías - más frecuentes que aqueja a la humanidad.

La extracción de un diente retenido es principalmen- te un problema mecánico, pero a nivel de tercer molar infe- - rior se presenta una serie de factores para hacer más compli- cada la operación. Estos factores se refieren al sitio de ubi- cación del molar que es de difícil acceso, mala iluminación y visión, la poca elasticidad, la dureza del hueso, la sangre - que obscurecen el campo operatorio.

El procedimiento quirúrgico debe ser llevado a cabo con una minuciosa valoración del paciente, de acuerdo con una

técnica específica y planeada en la relación al tipo de retención con la cual el cirujano oral ha de tratar para poder prevenir las posibles complicaciones que pudieran presentarse.

El objeto de este trabajo, es encontrar un medio adecuado para la búsqueda del diente retenido, y su eliminación del interior del hueso donde está alojado aplicando los principios de la extracción del diente entero y de la extracción por odontosección.

Consideraré la extracción de los terceros molares inferiores retenidos, dando normas, causas de retención, complicaciones, algunas técnicas y diversos procedimientos de -- distintos autores, tomando los puntos que más interesan o que son de más práctica y útil aplicación. Estas son desde mi punto de vista las consideraciones de mayor importancia para llevar a efecto dicho trabajo y trato que los conocimientos que expongo son dentro del campo de acción de la odontología y -- que serán una pequeña fuente de información para los compañeros que estudian en esta escuela.

CAPITULO I

DEFINICIONES

El órgano dentario (según G.A. Ries Centeno) que tiene mayor predisposición para quedar retenido es el tercer molar inferior. Debemos considerar sus distintas posiciones y la relación con los órganos dentarios adyacentes y antagonistas.

Pieza dental retenida: Es el órgano dentario cuya erupción normal se encuentra alterada por un obstáculo, y -- que ha conservado su saco pericoronario fisiológico.

Las principales causas de retención dentaria pueden presentarse por: piezas adyacentes, piezas en mal posición, infecciones, gran densidad de tejido óseo que desplaza el folículo dentario.

Pieza dental incluida: Es el órgano dentario que no hace su erupción normal aunque no tenga obstáculo que se lo impida, la ubicación de el germen dentario se encuentra lejos de su lugar normal de erupción; por razones mecánicas el órgano dental no puede llegar al borde alveolar que le corresponde.

Pieza dental impactada: Es el órgano dentario que es introducido a cavidades, conductos o tejidos blandos, por maniobras inadecuadas del operador, al realizar la intervención quirúrgica, producida por traumatismo, etc.

CAPITULO II CLASIFICACION DE PIEZAS RETENIDAS

Es necesario clasificar los terceros molares inferiores retenidos, de modo que se pueda determinar por adelantado las dificultades que se encontrarán en la extracción quirúrgica. Para clasificarlos se debe establecer su posición anatómica por medio de una valoración clínica adecuada, además de un examen radiográfico cuidadoso.

Los terceros molares inferiores ocupan dentro de la mandíbula diversas posiciones las cuales se han clasificado para fines quirúrgicos.

La siguiente clasificación sugerida por Pell y Gregory, nos dice que hay una relación variable entre el tercer molar y la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar, esta relación la han clasificado en tres clases, las cuales están en relación directa con el acto quirúrgico; es decir, se tomó en cuenta el espacio existente entre cara distal del segundo molar y la rama ascendente.

Clase I.- En esta clase se ubica bien el diámetro del tercer molar porque hay suficiente espacio entre la cara distal del segundo molar y la rama ascendente del maxilar.

Clase II.- En este caso es mayor el diámetro mesiodistal del segundo molar y la rama ascendente del maxilar.

Clase III.- En este caso todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO.

La relación de la altura entre la cara masticatoria

u oclusal del tercer molar y la cara oclusal del segundo molar es lo que Pell y Gregory han llamado profundidad del tercer molar en el hueso y dan tres posiciones al respecto:

Posición A.- Cuando la parte más alta del tercer molar retenido está al mismo nivel o por encima de la línea oclusal del segundo molar.

Posición B.- Cuando la porción más alta del tercer molar está por debajo de la línea oclusal del segundo molar, pero arriba de la línea cervical del segundo molar.

Posición C.- Cuando la parte más alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Es conveniente tomar en cuenta todas las clasificaciones del tercer molar retenido para poder realizar la remoción quirúrgica de éste; ésto se logra por medio de radiografías que nos dan el lugar que ocupa el tercer molar en el -- maxilar o mandibular y su relación con el segundo molar.

George B. Winter fue el primero que ideó una clasificación de los terceros molares. Esta clasificación es fundamental y de valor práctico; basándose en cuatro puntos - - esenciales:

- 1.- La posición de la corona.
- 2.- La forma radicular.
- 3.- La naturaleza de la estructura ósea que rodea al molar retenido.
- 4.- La posición del tercer molar en relación con el segundo molar.

El tercer molar inferior retenido puede encontrarse en distintas posiciones:

Posición Vertical: el tercer molar está total o parcialmente cubierto del hueso, su eje mayor es paralelo al del segundo molar.

Posición Horizontal: el eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes del segundo y primer molar. El eje del tercer molar forma ángulo recto con el eje del segundo.

Posición Mesioangular: el diente está inclinado hacia el segundo molar, y su eje mayor forma un ángulo de 45° más o menos con el segundo molar.

Posición Distoangular: este caso es opuesto al anterior el tercer molar está dirigido hacia la rama ascendente del maxilar dentro de la rama la corona ocupa una posición variable según el grado de inclinación.

Posición Invertida ó Paranormal.- Como su nombre lo indica, en este tipo de retención la corona está dirigida hacia el borde interior del maxilar inferior y las raíces hacia la cavidad bucal. Es el tipo menos común de inclusión.

Posición Lingo-Angular.- Como en la posición anterior el eje mayor del diente es perpendicular al plano en que están dirigidos el segundo y primer molar pero la corona está inclinada hacia el lado lingual.

Las retenciones mesioangular, distoangular y bucoangular pueden presentar desviaciones bucal, lingual y torción respectivamente.

Es de mucha importancia la curvatura de las raíces_ y deberá adaptarse la siguiente clasificación:

- A) Raíces rectas separadas ó conlascentes.
- B) Raíces curvadas en dirección distal.
- C) Raíces curvadas mesialmente.

UBICACION DEL TERCER MOLAR EN LA ARCADA.

El tercer molar puede presentar cuatro tipos de desviaciones en relación con la arcada:

- 1.- Normal. (sin desviación): el tercer molar sigue la forma oval de la arcada.
- 2.- Desviación Bucal: el molar está dirigido hacia_ sfuera del óvalo de la arcada.
- 3.- Desviación lingual: la desviación del molar tie ne lugar hacia el lado lingual de la arcada.
- 4.- Desviación Buco-Lingual: el molar dirigido ha-- cia el lado bucal como en (2) y su cara oclusal desviada ha-- cia la lengua como en (3).

CAPITULO II

CAUSAS LOCALES Y SISTEMATICAS DE RETENCION

La mayoría de las veces la inclusión dentaria está provocada por un obstáculo que impide la erupción, es decir - que está impedida mecánicamente.

Las principales causas locales por las que un órgano dentario no hace erupción (según Berger) son las siguientes:

- a) Mala posición.
- b) Presión de un diente adyacente.
- c) Densidad del hueso que lo cubre.
- d) Inflamación crónica con resultante de una membrana dura.
- e) Maxilar y Mandíbula poco desarrollados.
- f) Erupción retardada de las piezas dentales.
- g) Pérdida prematura de piezas fundamentales.
- h) Abscesos alveolares crónicos sobre piezas fundamentales.

Las causas sistémicas que con mayor frecuencia se pueden citar (según Berger):

a) Causas Prenatales:

- 1.- Herencia del tipo dominante:

Labio y Paladar Fisurado.

2.-Razas.

Se producen en individuos de raza blanca, "falta de sitio". La raza negra está libre de estos procesos, su mandíbula permite la erupción de todos sus molares (y aún del cuarto).

b).- Causas Posnatales; causas que interfieren en el desarrollo del niño, tales como:

1.- Raquitismo: Es un trastorno familiar debido a un error innato del metabolismo, quizá con carácter dominante ligado al sexo. El esmalte es hipoplásico, las cámaras pulpares grandes, y la erupción puede retardarse.

2.- Anemia hemolítica: congénita y familiar denominada también anemia de Cooley o anemia mediterránea, hay tres formas: mayor, intermedia y menor.

La mayor es genéticamente homocigota, ya que ambos padres del paciente poseen la hemoglobina anormal, mientras que la menor es heterocigota. Encontramos ictericia y retraso del crecimiento, hipertrofia del maxilar superior. El hueso maxilar tiene en los niños gran cantidad de médula roja, ya que los eritrocitos son deficientes, hay abombamiento de la hipófisis alveolar, ya que a menudo se presenta una oclusión abierta o adelantada.

3.- Tuberculosis: las lesiones tuberculosas de la mucosa de la boca se producen cuando las heridas o erosiones se infectan por bacilos tuberculosos contenidos en el esputo, éste es el medio más comúnmente encontrado.

Así nos encontramos que la forma más común de entrada de la T.B. a las áreas de los maxilares es quizá por:

1.- Perforación gingival de un órgano dental que está iniciando su erupción (tercer molar). La retención del tercer molar puede estar dada por una periostitis crónica en la cual observamos actividad osteoblástica, nuevos depósitos de hueso que origina retención.

2.- Penetración por borde gingival con bolsa paradontal.

3.- Heridas causadas por extracción de un diente.

4.- La entrada por pulpa en órgano dentario con caries.

4.- Sífilis Congénita: surcos periorales (denominados también ragadias sifilíticas o surcos de Parrot); las zonas de mayor movilidad como el labio inferior se dice que presentan tendencia a formar surcos, los movimientos causan roturas epiteliales perpendiculares al borde mucocutáneo. La periostitis primaria crónica es con frecuencia el resultado de la sífilis .

c).- Causas raras:

1.- Disostosis Cleidocraneal.- Conocida como enfermedad de Marie y Sinton, es una malformación congénita y familiar del esqueleto. Hay osificación defectuosa de los huesos craneales, se han citado casos de prognatismo, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, dientes supernumerarios rudimentarios, el tercer molar si existe suele encontrarse en posición defectuosa e impactado, las raíces de los dientes impactados con frecuencia curvas y torcidas.

2.- Oxicefalia.- Que significa cabeza en punta o en

forma de torre (cónica); la anomalía se debe al cierre prematuro de las suturas y fisuras transversas, que obliga al cráneo a desarrollarse, sirviéndose de las suturas sagitales en dirección hacia arriba; el micrognatismo produce apinamiento y maloclusión de los dientes. La retracción del maxilar superior produce sobre mordida horizontal invertida.

3.- Progeria.- Síndrome de Simmonds y Hutchinson - Gilford; representa envejecimiento prematuro, es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de vello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial, actitudes y maneras del anciano.

4.- Acondroplasia. (Condrodistrofia fetal).- La enfermedad es hereditaria; puede afectar a varios miembros de una misma familia y transmitirse a varias generaciones, hay braquicefalia, causa retracción de la base de la nariz, recesión de la maxila condistocclusión (clase II de angle) e inclinación de la parte anterior del paladar hacia arriba.

5.- Paladar Fisurado.- Es una deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media.

CAPITULO IV

FRECUENCIA DE RETENCION

En una estadística hecha por Berten Ciezyski, la -- frecuencia que corresponde a los órganos dentarios retenidos, es la siguiente:

Número	Organo Dantario	Porcentaje
10.-	Tercer Molar Inferior	35%
20.-	Caninos Superiores	34%
30.-	Tercer Molar Superior	9%
40.-	Segundo Premolar Inferior	5%
50.-	Caninos Inferiores	4%
60.-	Incisivo Central Superior	4%
70.-	Segundo Premolar Superior	3%
80.-	Primer Premolar Inferior	1.5%
90.-	Incisivo Lateral Superior	0.8%
100.-	Incisivo Lateral Inferior	0.8%
110.-	Primer Premolar Superior	0.5%
120.-	Primer Molar Inferior	0.5%
130.-	Segundo Molar Inferior	0.5%
140.-	Primer Molar Superior	0.4%
150.-	Incisivo Central Inferior	0.4%
160.-	Segundo Molar Superior	0.1%

CAPITULO V

COMPLICACIONES POR PIEZAS RETENIDAS

Infecciones: están dados, en los órganos retenidos, por la infección de su saco pericoronario. La infección de este saco puede originarse por distintos mecanismos y por -- distintas vías.

a) Al hacer erupción el tercer molar retenido, su - saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.

b) El proceso infeccioso puede producirse como una - complicación apical o periodóntica de un diente vecino.

c) La infección del saco puede originarse por vía h_g mática. La infección del saco folicular se traduce por procesos de distinta índole: inflamación local, con dolores, aumento de temperatura local, absceso y fístula consiguiente, de - osteítis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

Dolor: Reflejo sobre zonas de inervación sobre la -- pieza, dentina, plexos, nervios de la zona distante de la retención. El dolor puede ser desde leve hasta agudo intermitente o continuo.

Otras Complicaciones:

1.- El sonido tintinante, susurrante, o zumbante del oído (tinnitus aurium).

2.- Otitis, Iritis.

3.- Afección de los ojos tales como:

- a) disminución de la visión.
- b) ceguera
- c) dolor semejante al que ocasiona el glaucoma.

CAPITULO VI

PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS

A) Detección Radiográfica.- Técnicas.

El examen radiográfico constituye hoy parte obligada de todo examen bucal cuidadoso; el tercer molar inferior retenido exige y comprende ciertas condiciones, durante el examen de las radiografías debe recordarse que la película registra tan solo en dos dimensiones y que nunca debe "leerse" una tercera dimensión en la misma.

Radiografía Intraoral:

Posición del paciente.- Sentado en el sillón, cuyo respaldo estará perpendicular al suelo.

Posición de la cabeza.- La cabeza estará ligeramente inclinada hacia atrás, de manera que la línea oclusal del -- maxilar inferior se encuentra horizontal.

Posición de la película.- La película se coloca en el interior de la boca, con su eje mayor horizontal, el borde superior de la película paralelo a la arcada y no sobresaliente de la línea de oclusión más de tres o cuatro milímetros.

El borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar, o más distalmente si las condiciones anatómicas lo permiten. En la radiografía deben verse con precisión el diente problema en toda su extensión las óseas vecinas y el segundo molar. Muchos fracasos en la extracción del tercer molar se deben a que no fueron señaladas las condiciones del diente retenido, por in-

suficiencias radiográficas, debidas a fallas en la colocación de la película, insuficiente exposición o revelación. No admitiendo de antemano los detalles que exige una radiografía perfecta, la operación quirúrgica no puede ser planeada con exactitud ni realizada con éxito.

Posición del aparato de rayos X.- El cono del aparato debe estar colocado perpendicular a la película. El ángulo vertical correcto es el de 0°.

El rayo central debe ser dirigido al centro de la película aproximadamente ubicado a nivel del espacio interdentario entre el segundo y tercer molar.

Radiografía Oclusal.

Posición del paciente.- El respaldo del sillón se inclinará hacia atrás.

Posición de la cabeza.- La cabeza reclinada, descendiendo el cabezal todo lo que le permite la comodidad del paciente. Luego se rotará la cabeza hacia el lado opuesto al del molar a radiografiarse.

Posición de la película dental.- 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 ascendente del maxilar inferior y la tuberosidad del maxilar superior. De esta manera la película gana un poco de terreno y puede ser llevada más hacia atrás.

Posición del aparato de 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 retenido. La radiografía oclusal dará la ubicación del tercer molar en su relación bucolingual, la cantidad de hueso existente -- del lado bucal y del lado lingual, la relación del molar con la rama ascendente y la dirección anteroposterior del molar.

Es necesario correlacionar las radiografías intraorales y oclusal, con el objeto de precisar las relaciones anatómicas y las condiciones del hueso que lo rodea.

Radiografía Extraoral.

Pueden existir ciertas condiciones que impidan o -- dificulten la colocación intraoral de la película (trismus, procesos inflamatorios, intolerancia del paciente). En tales casos estará indicada la radiografía extraoral, a pesar de -- que los detalles y precisión de esta última nunca logran los efectos y la exactitud de la radiografía intraoral. Con todo, cuando no hay otro recurso, la placa extraoral consigue su -- objeto.

Posición del paciente.- Sentado, el respaldo del sillón verticalmente colocado.

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

Posición de la película.- La película para radiografiar extraoral 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 y del borde inferior del maxilar. La película debe estar, en lo posible, pa

ralela al plano vertical de la rama ascendente. El paciente sostiene el chasis con la palma de su mano. La nariz debe guardar con el chasis las siguientes distancias, según L. -- Greenfield.

- a) Región molar. Nariz, 2, 5 centímetros del chasis;
- c) Región canina. Nariz tocando el chasis;
- d) Región Incisiva. Nariz y mentón tocando el chasis;
- e) Rama ascendente. Colocar la película de plano, lado de la cara.

Posición del aparato de rayos X.- el tubo en ángulo de 0°, se coloca por debajo del ángulo del maxilar, opuesto al que se va a radiografiar, con el objeto de evitar la superposición de las ramas del hueso que restan nitidez a la película. El rayo central atraviesa de esta manera las regiones blandas del piso de la boca y lengua, cruza la cara interna del maxilar, el órgano dentario a radiografiar, siendo sensiblemente perpendicular a la película.

B) Historia Clínica.

Preoperatorio, se define como la apreciación del estado de salud de una persona en víspera de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro y en el caso contrario, adoptar las medidas conducentes para que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo.

Estas medidas preoperatorias, pueden clasificarse en:

a) Generales que son las que se refieren al organismo total.

b) Locales, que son las que se realizan en el campo operatorio, antes de nuestra intervención.

MEDIDAS GENERALES

1.- Historia Clínica: Es el instrumento-diagnóstico, más útil para el cirujano oral y es también el más sencillo deben hacerse las preguntas en forma sencilla y discreta, para evitar la tendencia del paciente por ocultar sus enfermedades, insistiendo en la importancia que tiene para las técnicas de cirugía y anestesia general. Hay seis preguntas de orden general, que no deben olvidarse:

- 1a. ¿ Se encuentra el enfermo actualmente, bajo el cuidado de un médico o lo ha estado?
- 2a. ¿ Toma actualmente algún fármaco o lo ha tomado con anterioridad?
- 3a. ¿ Ha padecido alguna enfermedad grave o alguna intervención?
- 4a. ¿ Ha sufrido alguna vez, reacciones desagradables con los medicamentos?
- 5a. ¿ Conserva algún mal recuerdo, de intervenciones quirúrgicas anteriores?
- 6a. ¿ Ha padecido recientemente algún proceso hemorrágico de importancia, particularmente durante las intervenciones?

Una respuesta afirmativa a cualquiera de estas --- preguntas, dará lugar a preguntas más específicas, dirigidas

a esclarecer el problema y algunas veces a consultar con el internista.

Ejemplo:

Nombre	Edad
Sexo:	Ocupación:
Padecimiento actual o motivo de la consulta.	
Examen físico	

Constitución : a) Astémica
 b) Pícnica
 c) Atlética

Conformación: a) Doliocéfalo
 b) Braquicéfalo
 c) Normocéfalo

Actitud Mental	Mental:	a) Pasivo
		b) Receptivo
		c) Capaz

APARATO Y SISTEMAS

1.- Cardiovascular. ¿Ha tenido usted?

- a) Angina de pecho?
- b) Ataques cardiacos?
- c) Palpitaciones?
- d) Dificultad en respirar de noche?

- e) Edema de tobillos?
- f) Sensación de falta de aire al subir escaleras?
- g) Toma alguna medicina para su afección cardiaca?

2.- ENFERMEDADES PULMONARES. ¿Ha tenido usted?

- a) Tos persistente durante varias semanas?
- b) Tos con esputo durante varias semanas?
- c) Ataques asmáticos?
- d) Bronquitis Crónica?
- e) Enfisema?
- f) Falta de aire con ejercicios ligeros?
(Disnea de pequeños esfuerzos)
- g) Toma algunos medicamentos para su afección pulmonar?

3.- ENFERMEDADES METABOLICAS.- ¿Ha tenido usted?

- a) Diabetes?
- b) Azúcar alta en sangre?
- c) Ha tomado insulina, cortisona?

4.- ENFERMEDADES VASCULARES. ¿Ha tenido usted?

- a) Algún ataque?
- b) Presión alta?

- c) Hemorragia cerebral?
- d) Dolores de cabeza fuertes?
- e) Toma algún medicamento para la presión?

5.- ANEMIA.

- a) Ha estado anémico? (Sangre baja o rechazado como donador de sangre)
- b) Toma inyecciones o pildoras para su padecimiento?
- c) Se cansa fácilmente? ¿Cuándo?

6.- ENFERMEDADES AGUDAS.

- a) Tiene resfriado?
- b) Tos? Dolor de garganta?
- c) Fiebre?
- d) Diarrea?
- e) Está tomando alguna medicina?

7.- EMBARAZO.

- a) Está usted embarazada
- b) de cuantos meses?
- c) Le ha dado consentimiento su obstetra, para el empleo de anestesia?

- d) Si está embarazada, ¿Tiene toxemia?
- e) Presión sanguínea alta?
- f) Edema de tobillos?
- g) Molestias renales?

8.- ALERGIAS.

- a) Es sensible a alguna medicina?
- b) Es sensible a píldoras para dormir?
- c) Es sensible a la novocaína (anestesia)

9.- EXPERIENCIAS ANESTESICAS PREVIAS

- a) Ha recibido un anestésico?
- b) Para que operación?
- c) Tuvo alguna molestia o reacción?
- d) Ha tenido alguna otra enfermedad?
- e) Toma algunas otras medicinas?

ANTECEDENTES PATOLOGICOS HEREDITARIOS.

También es necesario, hacer una historia de los antecedentes patológicos hereditarios, con el fin de saber si en su familia contagió la enfermedad o está predispuesto a ella.

C) PLAN DE TRATAMIENTO.

Ahora vamos a referirnos al tratamiento que se aplicará al molar retenido. En la realización de intervenciones quirúrgicas, algunos órganos retenidos pueden ser llevados a su sitio por procedimientos ortodónticos, corresponde a aquella disciplina (ortodoncia y ortodoncia quirúrgica) la solución del problema. Sólo se considera el tratamiento quirúrgico de los terceros molares retenidos, es decir su remoción -- quirúrgica.

La extracción de los terceros molares retenidos consiste en la eliminación del órgano dentario, del interior del hueso donde está ubicado, aplicando los principios de la extracción el método por seccionamiento, etc, tales métodos -- constituyen la denominada extracción quirúrgica, ésta se hará por medios mecánicos e instrumentales teniendo en cuenta las complicaciones que ocurran en las partes que rodean al molar retenido.

D) EXAMENES DE RUTINA

EXAMENES DE LABORATORIO.

Son útiles para el cirujano dentista, porque coadyvarán a obtener un diagnóstico correcto; por medio de estos análisis, además se revelarán estados que pueden complicar el procedimiento quirúrgico.

Los análisis, deben ser sistemáticos, antes de realizar la intervención, principalmente en cirugía oral nos interesan los exámenes de sangre y orina.

EXAMEN DE SANGRE

Comienza por su extracción de una vena o de un dedo

del paciente, en ayunas y comprende las determinaciones que se citan a continuación:

Hemoglobina: Valor normal es de 100%, que en el su jeto anémico, baja hasta por debajo del 80%.

Globulos Rojos: 4,500.000 - 5,000.000/mm³

Globulos Blancos: 6,000 - 8,000/mm³

Fórmula Leucocitaria: Neutrófilos 60 - 70%

Basófilos: 0.5%

Eosinófilos: 1 a 3 %

Linfocitos: 25 a 33%

Monocitos: 2 a 6%

Los glóbulos blancos aumentan en los procesos infe ciosos y anormalmente en las leucemias.

Plaquetas: 130,000,000-350.000/mm³ el decrecimien to de los mismos, causa una desminución de la coagulación san guínea, trombocitopenia.

Tiempo de Hemorragia: Se mide haciendo una peque ña herida en el lóbulo de la oreja; por lo general cesa en 2 ó 3 minutos.

Tiempo de Coagulación: Es el necesario para que - la sangre se coagule en la probeta limpia bajo una temperatu ra constante; el valor normal es de 8 a 10 minutos.

Velocidad de Sedimentación: Cifras normales de 3 a 9 minutos en hombre y en la mujer de 7 a 12 minutos.

Hematocrito: 40%

Bioquímica de la Sangre: Glucemia (dosificación de la azúcar en la sangre) normal de 70 - 110/100cm³ valores superiores indican estados prediabéticos o diabéticos.

Azoemia. (Dosificación del nitrógeno no proteico) es decir úrico en su mayor parte normal: 23 a 28 mg/100cm³ - por el método del hipobromito; aumenta en las insuficiencias renales.

Uilirurinemia Bilirrubina Total: 0.5 mg/100cm³ dividida en directa o indirecta. Aumenta en obstrucciones biliares, Ictericia de estasis e Ictericia Hemolitica.

CALCEMIA: 9 a 10 mg/100 cm³ aumenta en el Hiperparatiroidismo y disminuye en el raquitismo.

Colesterinemia Normal: 150-250 mg/100cm³. Existen alteraciones en trastornos tiroideos, enfermedades renales hepáticas y en la arterosclerosis.

Potecemia Normal: 16 a 22 mg/ 100cm³

Cloruros: Dosis normal: 570 a 620/100 cm³

Reserva Alcalina Normal: 45 a 70 mg/100cm³, (los electrolitos, sodio, potasio, cloro, etc.) y la reserva alcalina, tiene enorme importancia en los desequilibrios producidos por enfermedades graves como shok, quemaduras, lesiones

traumáticas, envenenamientos, coma de diferentes causas, estados de alcalosis y acidosis frecuentes en los trastornos respiratorios del recién nacido y en los alimenticios del lactante.

CUADRO PROTEICO (PROTEINOGRAMA)

Total de proteínas:	7 g/100cm ³	Albúmina	55%
		Globulina 45%	X 4%
			1
		X	9%
			2
		B	14%
			Y 18%

Fibrinogeno: 0.025% a 0.5 mg/100³.

Hay disminución de proteínas en casos de necrosis, cirrosis, mala nutrición y un aumento de globulina en la artritis infecciosas.

Fosfatasa: Se dividen en acidas y alcalinas.

Fosfatasa Acida Normal: 0.1 - 1JB/100cm³.

Fosfatasa Alcalina Normal: 1.5 a 4 UB/100cm³ unidad Bodanski; estas aumentan en Ictericia Obstructiva y tumores óseos en el raquitismo y en enfermedades Osteodistroficas.

Transaminasas: La Actividad de estas enzimas, aumentan en el curso de la Hepatitis, cantidad normal de 5 a 35 Unidades Internacionales.

EXAMEN DE ORINA

Cantidad 1,200-1,800 cm³/24 hs.

Oliguria: Disminución de la cantidad de orina secretada, por pérdida de líquidos, enfermedades renales o en insuficiencias cardiovasculares.

Pesos Específico: Valor relativo; 1.012-1.025 (proporción inversa a la cantidad de orina secretada; la reacción generalmente ácida; el aspecto suele ser limpio, a veces con huellas de mucosidad.

Color: Amarillo pálido casi siempre tiende al amarillo rojizo si está concentrada y hacia el rojo oscuro si contiene urubilina, asimismo la ingestión de determinados medicamentos puede modificar la coloración.

Olor: Amoniacal, varía según la alimentación.

La presencia en la orina de substancias, es un dato completamente importante en el diagnóstico de muchas enfermedades: La albumina denuncia enfermedades renales o embarazo con infección renal; la glucosa detecta diabetes mellitus y la cetona está presente en la Acetonemia infantil y la diabetes grave. Por otra parte, el examen microscópico del sedimento urinario tiene mucha importancia en el diagnóstico; aumento anormal de células epiteliales o de leucocitos (pus) indica inflamación de vías urinarias (uretritis, cistitis, cistopielitis, etc). La presencia de glóbulos rojos corresponde a hemorragia (hematuria) y la de cilindros que son gregarios de células o de otras substancias, es siempre patológica y patognomónica de enfermedades renales (nefritis nefrosis). La orina se emplea en el diagnóstico de embarazo para ello se inyecta una pequeña cantidad de orina de la preta embarazada o a una rata (Reacción Aschheim-Zondek) o a una coneja (Reacción Friedeman). Las pruebas son positivas si existe embarazo. En los animales se producen cambios gonadales.

FACTORES QUE COMPLICAN LA TECNICA OPERATORIA

Los factores originados en la técnica operatoria - por el tercer molar son de variedad clínica e intensidad distinta; los cuadros clínicos que complican la técnica operatoria del tercer molar pueden clasificarse en:

- 1.- Curvatura anormal de las raices.
- 2.- Hiper cementosis cuando hay fusión entre el diente y el hueso.
- 3.- proximidad al conducto dentario.
- 4.- Gran densidad ósea.
- 5.- Espacio folicular lleno de cemento o hueso en pacientes ancianos.
- 6.- Acceso difícil al campo operatorio causado por:
 - a) músculo orbicular de los labios pequeños.
 - b) incapacidad para abrir suficientemente la boca.
 - c) lengua grande incontrolable.
- 7.- Complicaciones celulares como consecuencia de la inflamación y absceso, que sigue varias vías comprometiendo diferentes regiones anatómicas, provocando diversos grados de lesiones, algunas llegan a ser mortales.

CAPITULO VIII

TECNICAS DE ANESTESIA

1.- Regional Inferior.

El bloqueo de la conducción regional se obtiene al aplicar el anestésico, directamente sobre un tronco nervioso interrumpiendo la conductibilidad de las fibras de los nervios sensitivos y/o motores.

Se emplea principalmente para anestésiar la mandíbula ya que en el maxilar inferior el hueso es más compacto por lo que la anestesia suprapariostica no nos proporciona buenos resultados.

INYECCION MANDIBULAR

Nervio por anestésiar.- Nervio dentario inferior, nervio-lingual, y ocasionalmente el nervio bucal largo.

Zona anestésiada.- Cuerpo mandibular, su periostio, encía y los órganos dentarios de una hemiarcada excepto encía y periostio entre tercer molar y primer premolar -- por intervalos el nervio bucal largo.

Punto Anatómico de Referencia.- Pliegue mucoso bucal, borde anterior del músculo masetero, línea oblicua interna, línea oblicua externa, triángulo retromolar, ligamento pterigomaxilar o aponeurosis buconatofaríngea.

Indicaciones.- Está indicada para anestésiar los órganos dentarios de la mitad de la mandíbula, permite hacer operatoria y también cirugía o extracción de algunos de estas piezas dentarias.

Preparación de la Mucosa.- Se seca la mucosa se pincela con solución antiséptica y se aplica anestésico tóxico.

Lugar de la Punción.- En el vértice del triángulo pterigomandibular, situado a la altura del centro de la uña del dedo.

Dirección de la Aguja.- El cuerpo de la jeringa debe estar entre los premolares del lado opuesto, la aguja se introduce paralela al plano oclusal de los dientes inferiores en dirección a la rama de la mandíbula y al dedo índice izquierdo.

Profundidad.- La aguja se desliza a través de los músculos y ligamentos en la dirección mencionada hasta tocar suavemente el hueso en la cara interna del ramus de la mandíbula (sulcus mandibular) y ahí se deposita lentamente la solución anestésica.

Lado Derecho.- El operador se coloca a la derecha y de frente al paciente, en tanto que el paciente debe quedar colocado de tal manera que al abrir la boca su plano oclusal inferior quede paralelo al piso. Se le indica al paciente que abra bien la boca y con el dedo índice izquierdo el operador palpa el pliegue mucoboccal, desplaza el dedo hacia arriba por la línea oblicua interna y el borde anterior del ramo mandibular.

Desliza la yema del dedo hacia arriba y abajo para localizar la mayor profundidad del borde anterior de la rama de la mandíbula denominada escotadura coronóide la cual a su vez está en línea recta con el sulcus mandibular, sin retirar la yema del dedo índice se gira el dedo hacia lingual de modo que la uña se vuelve hacia el plano sagital, el dedo se desplaza hacia lingual ahí se siente una depresión (es el trigono retromolar), en seguida se mueve el dedo ligeramente hacia el lado bucal de succión de la línea oblicua interna y la depresión pterigotemporal y el rafé pterigomandibular.

Cuando la yema del dedo descansa sobre la línea oblicua interna se introduce la aguja paralela al plano oclusal y con el cuerpo de la jeringa sobre los premolares del lado opuesto.

La punción se hace a la altura de la mitad de la uña llegando la aguja al sulcus mandibular ahí se deposita el líquido anestésico lentamente, en seguida se retira la aguja aproximadamente medio cm y se deposita 0.5 ml. de líquido anestésico para anestesiarse el nervio lingual.

El paciente manifiesta sentir hormigueo o calor en el labio el cual se inicia en la comisura labial hasta lle--

gar a la línea media del labio, en seguida de la sensación de hormigueo viene una sensación de embotamiento; en la punta y dorso de la lengua también manifiesta la misma sensación.

La solución anestésica se debe depositar entre minuto y medio y dos minutos.

Lado Izquierdo.- Para anestesiar el lado izquierdo exactamente es la misma técnica lo único que cambia es la posición del operador que pasa su brazo izquierdo por detrás de la cabeza del paciente para palpar con el dedo índice izquierdo los puntos anatómicos de referencia.

Errores de Técnica.- Si la aguja se introduce en un punto muy alto y se profundiza demasiado se anestesiara el nervio aurículo temporal por lo que habrá embotamiento del oído. Si se inyecta el músculo pterigoideo externo o en el músculo masetero habrá trismus y dolor y no habrá la anestesia deseada. En caso de que la aguja se deslice por debajo del sulcus mandibular y además de esto se profundiza se puede inyectar el músculo pterigoideo interno y por lo tanto habrá trismus y dolor. O bien si la aguja entra en la glándula parótida se puede originar una parálisis facial, además de haber posibilidades de que se produzca una parotiditis. Si se atravesara la arteria facial se presentará una hematoma.

Si la aguja entra en dirección del centro de la línea oblicua interna pero muy atrás podría puncionar el músculo constrictor superior de la faringe y lógicamente habría embotamiento de la garganta. También podría haber hematoma por haber puncionado en el plexo venoso pterigoideo.

b) ANESTESIA EXTRAORAL SUBMANDIBULAR.

Nervio por Anestesiar.- Nervio dentario inferior, nervio lingual.

Zona Anestesiada.- Cuerpo mandibular, su periostio encía y los dientes de una hemiarcada excepto encía y periostio entre tercer molar y primer premolar.

Indicaciones.- Este tipo de anestesia se usa:

1.- Cuando el trismus o una pseudoanquilosis impide de las técnicas intraorales, la aguja atravesaría tejido infectado.

Dos vías son factibles; una desde el borde inferior de la mandíbula, a lo largo de su cara interna hasta el forámen mandibular.

Otra, a través de la escotadura sigmoidea hasta el espacio pterigomandibular.

Punto Anatómico de Referencia.- Se usa el método de palpación para la inyección, bordes anterior y posterior de la rama hasta el punto de 3 a 4 mm. por encima de un plano paralelo al borde inferior y bisectando el borde posterior de la mandíbula.

Preparación del área: Se lava con jabón quirúrgico en el área, se seca y se pincela con solución antiséptica (asepsia y antiseptia).

Lugar de la punción.- La aguja se inserta frente al ángulo mandibular geométrico, a mitad de distancia entre la intersección del borde inferior de la mandíbula por la prolongación de los bordes posterior e inferior, correspondiendo el punto de inyección a la mitad del ancho de la rama.

Dirección de la Aguja.- La aguja pasa entre el músculo pterigoideo interno y está en el tejido areolar del espacio pterigomandibular. La piel y el cutáneo del cuello son las únicas otras estructuras a través de las cuales pasará la aguja.

El acercamiento al nervio dentario inferior a través de la escotadura sigmoidea es menos seguro, y por lo tanto, se requiere la inyección de una mayor cantidad de líquido anestésico. Debe recordarse que a nivel del punto más ba

jo de la escotadura sigmoidea, el nervio dentario inferior está a una distancia considerable de la superficie media de la rama, a la que llega en un trayecto lateral e inferior. Para inyectar lo más cerca posible del nervio, es aconsejable dirigir la aguja ligeramente hacia abajo mientras pasa sobre el filo óseo que bordea la escotadura sigmoidea. La aguja debe insertarse a través de la piel por debajo del arco cigomático, pasando por la piel y el músculo masetero, puede puncionar las fibras posteriores del músculo temporal, o entrar en el espacio pterigomandibular por detrás del músculo. Avanzando hacia abajo y adentro, no debe insertarse más que 8 a 12 mm más allá del plano de la escotadura sigmoidea. El líquido que se inyecte de 4 a 6 cc.

c) INYECCION MENTONIANA.

Nervio por Anestesar.- Nervio mentoniano, nervio incisivo, ramus del nerviodentario inferior.

Zona Anestesiada.- Labio inferior, premolares, canino e incisivos del lado anestesiado, membrana mucosa del pliegue mucoso labial anterior al foramen mentoniano así como parte de la mandíbula anterior al foramen.

Puntos Anatómicos de Referencia.- Primero y segundo premolar, el agujero mentoniano está situado en adultos a la altura del ápice del segundo premolar y ligeramente mesializado; con respecto al ápice en niños está más cercano al borde inferior y en pacientes ancianos desdentados se haya casi en el borde inferior de la mandíbula.

Indicaciones.- Está indicada para anestesar los premolares canino e incisivo del lado anestesiado así como tejido óseo y tejidos blandos que lo cubren; permitiendo operaciones o bien hacer extracciones de cualquiera de estos órganos dentarios o intervenir en los tejidos que lo cubren cuando está contraindicado el bloqueo del dentario inferior o es innecesario bloquear el dentario inferior. Para anestesia profunda de los incisivos se inyectan las fibras del lado opuesto.

Preparación de la Mucosa.- Se seca la superficie por puncionar, se pincela con solución antiséptica y se apli

ca anestésico tóxico.

Lugar de la punción.- Pliegue mucó bucal entre el premolar y aproximadamente 10mm. hacia afuera de la lámina bucal de la mandíbula.

Dirección de la Aguja.- Hacia abajo y adentro hacia el ápice del segundo premolar en ángulo de 45° con relación al plano bucal.

Profundidad.- Se introduce la aguja hasta encontrar hueso se deposita un poco de solución anestésica se retira un poco la aguja sin sacarla completamente, se localiza el agujero mentoniano y ahí se deposita el resto de solución anestésica.

Lado Derecho.- Con el dedo índice izquierdo se retrae el labio y la mejilla hacia afuera y abajo para exponer el pliegue mucobucal, se desinfecta la mucosa, se aplica anestésico tóxico y en seguida se hace la punción aproximadamente entre el primero y segundo premolares ligeramente anterior al ápice de segundo premolar y en el ángulo de 45° con relación al plano oclusal. Esta inclinación y dirección de la aguja ayuda a la penetración en el agujero mentoniano.

Al sentir con la aguja el periostio se deposita un poco de líquido anestésico, pasados unos segundos sin retirar por completo la aguja se localiza el agujero mentoniano y al sentir que la punta cae en el agujero se deposita lentamente más líquido anestésico.

Lado Izquierdo.- Para el lado izquierdo es la misma técnica que para el lado derecho excepto que el operador pasa su brazo izquierdo por detrás de la cabeza del paciente para palpar con el dedo índice izquierdo la zona premolar.

2.- ANESTESIA GENERAL INTUBADA.

ANESTESIA GENERAL EN EL CONSULTORIO.-

¿ Cuando debe administrarse un anestésico general en el consultorio? La elección es limitada, es necesario -- que el paciente esté en condiciones de hacer el camino de re greso a su casa.

El Pentothal intravenoso es bastante rápido, y el paciente en su recobro nos permite hacerle preguntas que el contestará en forma inteligente. Pero no estará en condicio nes de caminar demasiado. La administración de la dosis de la droga para producir inconciencia induce a una alteración de la fisiología normal, y que guarda una relación directa -- con la duración y cantidad de la depresión postanestésica -- cuando más prolongada la anestésia, más prolongado y más pro fundo el periodo de opresión.

Por lo tanto creemos estar en lo justo al asumir - una actitud conservadora en la administración de los anesté sicos generales a los pacientes ambulatorios.

¿Que hace dormir al paciente? En los anestésicos empleados ocurre: 1) reducción de la oxigenación de la san gre lo cual produce una menor oxidación de la misma, o una -- reducción en el poder combinador de oxígeno de la sangre. - 2) inhibición del funcionamiento normal de la células del -- sistema nerviosos central, por acción directa de las drogas -- sobre ellas.

La oxidación reducida de la sangre significa que - cada célula del organismo recibe menos cantidad de oxígeno -- que lo normal. La mayoría de las células puede continuar su actividad con un aporte disminuido de oxígeno: no ocurre lo mismo, sin embargo, con las células nerviosas grises del cerebro que controlan la conciencia, cuando estas células al tamente activas obtienen menos de su cuota completa de oxige no, cesan de trabajar, y el paciente se duerme. Algunos - -- anestésicos producen anestésia velozmente, El Halotane es un anestésico rápido y potente, debido a ello la velocidad - del despertar se produce por la rápida eliminación de halotane

mediante las vías respiratorias.

El halothane puede administrarse en todos los procedimientos descritos: gota a gota, insuflación, sistema semiabierto, sistema cerrado.

La inducción puede practicarse sin miórrrelajantes o con miórrrelajantes.

Usos.- El halothane puede utilizarse para todo tipo de intervenciones quirúrgicas. Los éxitos en cirugía infantil.

Los aparatos de anestesia dental.- Son aparatos que trabajan en sistema semiabierto, su principal característica son los dos elementos que lo constituyen: reductores automáticos y debímetros contruidos para responder al uso que se hace en el sillón del dentista.

OXIGENO.- El oxígeno es un componente vital de cualquier mezcla anestésica que se inhala, está indicada al tratar la anestesia general. Si bien el oxígeno no tiene propiedades anestésicas, su presencia en concentraciones adecuadas es de importancia siempre que se emplea anestesia general. No hay provisión para almacenar oxígeno en el cuerpo y la privación de oxígeno conduce más rápidamente a la muerte.

Durante la anestesia por inhalación por el método cerrado (esto es usando un aparato para gas) el anestesista controla la cantidad de oxígeno inspirado. Es más eficaz usar oxígeno puro para mantener al sujeto oxigenado durante la anestesia.

Habiendose completado todas las preparaciones del paciente, se le sienta en un sillón correctamente ajustado y se le coloca delantal de goma y las compresas. Las correas inmovilizadoras no se colocan en las mujeres, y tampoco en los hombres, hasta que hayan perdido la conciencia.

El anestésista hace funcionar el aparato de gas y coloca el inhalador nasal sobre su propia nariz para demostrar al paciente qué debe hacer. El anestésista inhala y exhala varias veces a través del inhalador, lo limpia y luego lo coloca sobre la nariz del paciente y le instruye para que respire regular y normalmente por ella. Para evitar la sensación de sofocación, se da presión positiva y se ajusta la válvula exhaladora para que se abra libremente.

Cuando se induce la anestesia, no abrimos la boca del paciente con el separador, un paciente con la boca demasiado abierta está incómodo; a muchos les resulta difícil -- respirar por la nariz teniendo la boca abierta; se hace necesario usar alguna forma de cubierta sobre la boca en un esfuerzo por impedir la dilución de los gases anestésicos con el aire y tiene la ventaja de que el paciente está en el segundo plano normal, del tercer estadio quirúrgico de anestesia, en el que hay relajación muscular. Muchos operadores -- prefieren inducir la anestesia con una máscara facial y luego pasar al inhalador nasal.

El color es un signo importante de la oxigenación del paciente y debe observarse junto con los signos de la -- anestesia. Cuando se establece el plano normal de anestesia, el anestésista se lo informa el odontólogo, quien entonces -- coloca la separación orofaríngea. El término "apósito laríngeo" o "apósito bucal" y abriendo la boca lo suficiente para poder operar.

La construcción del apósito y el material empleado -- es hecha de esponjas de gasa de 4 por 4, de ocho capas de espesor, el propósito de estos apósitos de gasa es separar la cavidad bucal de la faringe para impedir la aspiración o la -- deglución de sangre y mucus, o aún de dientes o partículas -- de estructuras dentarias.

INSTRUMENTAL Y MATERIAL NECESARIOS

- a) Instrumentos por la sección de los tejidos blandos.
- b) Instrumentos para la sección de tejidos duros.
- c) Material de sutura.

Instrumentos para la sección de tejidos blandos:

- 1.- Bisturfi: Se usa generalmente de hoja corta, consta de un mango y hoja, de diferentes formas y tamaños; se prefiere el bisturfi Bar Parker y hojas del número 15 y 11.
- 2.- Tijeras: para sección de tejidos: Metzemaum.
- 3.- Pinzas de Disección: para ayuda en la preparación de colgajos. Las pinzas de disección dentada (Adson) con las cuales se toma la fibromucosa sin lesionarla y la pinza de dientes de ratón con 3 pequeños dientes que se engranan y permiten sostener el colgajo.
- 4.- Legras, Periostomos, Espátulas Romas: Sirven para el desprendimiento y la separación de la fibromucosa.
- 5.- Separadores: (Seen - Farabeuf) se utilizan pa

ra tener separados los labios y carrillos, para no lesionarlos y no esfacelar los colgajos.

Instrumentos para la sección de tejidos duros:

- 1.- Escoplos y Martillo: Se usan para resecar el hueso que cubre el objeto de la intervención, eliminar quistes que se desarrollan en los -- maxilares.
- 2.- Pinzas Gubias: Para realizar la resección del hueso (osteotomía) actúan extrayendo hueso -- por mordisco sobre este tejido.
- 3.- Fresas: sirve para abrir camino a otros instrumentos, pero también puede retirar el mismo.
- 4.- Limas para hueso: Se utilizan para la preparación de maxilares destinados a llevar aparatos de prótesis, o para alisar bordes y eliminar -- puntas óseas.
- 5.- Pinzas de Kocher: Para realizar la hemostasis, comprimiendo una arteria o vena seccionada. También como sostenedora de colgajos y tomar bolsas quísticas o tejidos patológicos.
- 6.- Pinzas para tomar algodón y gasa: Para limpiar

el campo operatorio.

- 7.- Cucharillas para hueso: Sirve para eliminar -- los procesos patológicos, granulomas, quistes.
- 8.- Pinzas para extracciones dentarias: Son los -- instrumentos indicados para la extracción; pre sentan diferentes formas y bocados, según la -- pieza dentaria.
- 9.- Elevadores: Son instrumentos, basados en prin cipios de física tienen aplicación de exodon-- cia, con objeto de movilizar o extraer dientes o raíces dentarias.
 - a) Elevadores de Winter: Son 28 en total, 14 pa- ra el lado derecho y 14 para el lado izquierdo_ de aplicación mesial son del 1 al 7 y aplicación mesio-bucal del 8 y 9, los de aplicación bucal - del 10 al 14.
 - b) Elevador Universal, Cleudent, Seldin: Deben ser considerados en el elevador 3 factores, además - de la palanca propiamente dicha; el punto de apo yo, la potencia y la resistencia.

El uso de un elevador en un molar retenido, se efectúa con ayuda de elevadores mesiales, pene-

trados en el espacio interdentario y apoyándose en el hueso mesial; de esta manera, se luxa y -desplaza el molar en dos direcciones, hacia distal y arriba. Después se aborda por el lado bucal con una ligera osteotomía (ya sea con escoplo y martillo o fresas). Para poder introducir el elevador 8 ó 10 en adelante, que se colará a nivel de la bifurcación interradicular para -ejercer presión hacia arriba y lingual, se em--plea los dos tipos de cupa y de rueda.

10.-Agujas para sutura: Existen curvas y rectas, --también traumáticas y atraumáticas.

11.- Porta-Agujas: Es un instrumento que toma a la_ aguja en el sentido de su superficie plana y la guía en sus movimientos.

12.- Material para Sutura: En cirugía bucal, se usa como material de sutura: catgut, seda, lino, y_ nylon.

Catgut: Es un material reabsorbible que se obtie ne del intestino de oveja formado por substan--cias proteicas, fácilmente digeribles por los -elementos proteolíticos de los tejidos; se em--

plean para ligadura de vasos seccionados y material de sutura. Existen varios números, según el grosor del hilo y se denomina en O'

Lino: Tiene la ventaja de su fácil hallazgo sobre la mucosa después de 3 ó 4 días de la operación.

Nylon: Se puede realizar con varios tamaños de (espesor).

CAPITULO X

TECNICA OPERATORIA

Hay varias formas para extraer los terceros molares retenidos; pero es difícil comparar los resultados de diferentes técnicas operatorias puesto que no hay dos casos -- que sean absolutamente semejantes. George Winter hace las siguientes observaciones oportunas respecto a la técnica operatoria: "El hecho sobre el que nunca se insistirá demasiado es que el operador, lo mismo que un arquitecto, debe hacer un plan previo y no intentar llegar al diente con un gran número de instrumentos y sin un claro programa de acción".

En la extracción deberán observarse los siguientes principios:

- 1) Realizar la operación bajo visión directa;
- 2) No sacrificar la perfección técnica a la velocidad;
- 3) Planear la operación de manera que ésta exija - la menor fuerza de palanca posible;
- 4) Evitar lesionar el segundo molar y su parodonto y fracturar el ángulo de la mandíbula.

Ivy y Curtis (1926) observaron que de todas las -- fracturas del maxilar inferior que atendieron en un período de tres años 5% se habían producido durante la extracción de los terceros molares inferiores. La causa de estas fracturas es con frecuencia el empleo imprudente de una gran fuerza -- ejercida con el elevador: en otros casos la fractura podría atribuirse a diversos procesos patológicos de la mandíbula. En pacientes de más de cuarenta años se deberán tomar especiales precauciones para evitar las fracturas, en estos enfermos siempre hay la posibilidad de que exista una sólida -- anquilosis entre diente y hueso lo cual es un factor que favorece la fractura.

Desgraciadamente el procedimiento de extraer los -- segundos molares para facilitar la extirpación del tercer molar retenido, se sigue con demasiada frecuencia y sin necesi

dad. El único caso en que la extracción del segundo molar - está justificada, es en aquella vez muy rara en que el molar retenido está por debajo de las raíces del segundo molar. En otras ocasiones, a menos que el molar esté infectado o cariado de tal manera que no tenga salvación, la extracción del segundo molar para poder extraer el tercero, es un caso bien definido de tratamiento erróneo e ilegal.

Hay dos métodos principales de extracción de los terceros molares:

- 1o.- En uno se reseca el hueso (osteotomía) con el propósito de extraer el órgano dentario de una pieza.
- 2o.- En otro se divide el molar (técnica de seccionamiento) a fin de que pueda extraerse en fragmentos.

En muchos casos se necesita combinar ambos métodos. La técnica de resección de hueso fué ideada por George B. Winter, sintiendo la gran necesidad de un método operatorio que eliminase la violencia y el traumatismo, cortejo obligatorio de la exodancia de los terceros molares retenidos; Winter desarrolló el principio científico de los movimientos del órgano durante la extracción, y en la obra que publicó en 1926 expuso su clasificación y métodos operatorios. La técnica se basa en resecar la estructura ósea por medio de uno a doce osteotomos conducido por la mano derecha, al mismo tiempo que por presión con la mano izquierda sobre el lado o superficie opuesta se denominan absolutamente los movimientos. Después de resecar el hueso necesario para obtener el espacio suficiente, extraer el molar con uno de doce a catorce elevadores.

En la técnica de seccionamiento se usan aparatos de baja velocidad para dividir el órgano dentario antes de extraerlo. C. Edmund Kells, describió por primera vez este método en una reunión de la American Dental Association en 1903. Kells (1918) dice de su método lo siguiente: "Por este método se trata con delicadeza al maxilar y los tejidos paradontales sólo se lesionan levemente. En lugar de resecar el hueso

en la extensión necesaria para poder extraer el molar entero, es este el que divide". Thoma (1932), Feldman (1936), Pell y Gregory (1933-1942), Gwinn (1937-1938), Gield y Ackerman (1938) y Repass (1941) recomiendan la técnica de seccionamiento utilizando taladros, escoplo y martillo o martillo automático para dividir el molar; unos prefieren la extracción vertical o longitudinal, otros se inclinan a favor de la división mesiodistal a través del cuello. También tiene algunos partidarios la división oblicua o diagonal.

Las ventajas que se obtienen con la técnica de división del órgano dentario tomadas en parte de Pell y Gregory (1942) son las que siguen :

- 1.- Se opera en campo más reducido, lo cual significa menor tumefacción y trismus posoperatorio. Archer, sin embargo prefiere exponer más campo operatorio, que demasiado pequeño.
- 2.- Se elimina o disminuye considerablemente la re sección ósea.
- 3.- Se acorta la duración de la operación si se uti liza es escoplo automático.
- 4.- El trismus se elimina casi por completo dado que su causa fundamental es la elevación forzada. Con este método se usan pequeños elevadores. El trismus no es solamente el resultado de la elevación, sino más frecuentemente la int roducción de saliva contaminada de bacterias a través de una in cepción incorrecta en el surco mandibular, donde los mú sculos pterigoideos internos y externos se complican en una in fección benigna, la cual produce un estado espasmódico de co n tracción de estos músculos.
- 5.- No se lesiona al molar adyacente, puesto que no se fuerza al molar retenido para sortear la convexidad del diente anterior, ni al hueso se somete a grandes presiones cuando se le usa como punto de apoyo, por lo tanto apenas se lesiona tejido óseo circundante.
- 6.- El riesgo de una fractura es menor, dado que la

parte de las fracturas de la mandíbula se producen por elevación forzada del molar verticalmente retenidos que se encuentran en contacto con el segundo molar. La división de la fuerza aplicada con un elevador debe ser mayor en dirección vertical y menor en dirección horizontal, pero a fin de extraer el molar es necesario resecar con escoplo o aparato de baja velocidad el hueso situado por detrás del tercer molar. Si no se hace así o si el componente horizontal de la fuerza aplicada es mayor que el vertical, se fracturará la mandíbula.

7.- Se disminuye considerablemente el peligro de lesionar el nervio dental inferior, complicación frecuente cuando se proyecta el ápice hasta el conducto dental al ejercer gran fuerza con el elevador.

8.- Con el empleo de la fresa se evita la fractura de la lámina alveolar externa y en particular, de la interna.

DESVENTAJAS.

- 1.- Molares con hendiduras bajas no se parten.
- 2.- Molares en ancianos son difíciles de partir.
- 3.- En algunos casos es imposible colocar el escoplo o cincel, en línea con el eje mayor del molar. Esto es importante si el molar debe seccionarse.
- 4.- Muchas veces seccionar el molar tiene pocas ventajas porque no se puede controlar el corte.
- 5.- Los pacientes en general sufren molestias por el uso del escoplo, en las circunstancias mencionadas se pueden seguir estas alternativas:
 - a) corte de los molares con fresa.
 - b) corte de los molares con una combinación de fresa y escoplo.

- c) quitese hueso suficiente por medio del escoplo y/o fresa.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS EN POSICION VERTICAL.

En la inclusión vertical, el tercer molar se encuentra con frecuencia debajo de la rama ascendente, la cual cubre la superficie de oclusión en grado más o menos considerable. A fin de liberar la corona, y deberá researse el hueso situado por detrás del molar, de este modo el molar no ofrecerá resistencia a la extracción, la luxación en sí misma depende de la curvatura de las raíces, (ver figuras 3A, 3B, - 3C).

La incisión se practica sobre el borde alveolar desde la rama ascendente hasta la cara posterior del segundo molar y luego se prolonga por la superficie vestibular de la encía, inmediatamente por detrás del rodete gingival de este último. Si alguna de las cúspides del molar ha perforado la encía, la incisión se verá interrumpida en ese lugar, pero no por eso modificará su trazo. La incisión deberá incluir el mucoperiostio en todo su espesor. A continuación se despega el colgajo con un periostomo curvo, con frecuencia se haya bastante tejido, que debe desprenderse con bisturí. En las inclusiones superficiales aparece a la vista el folículo dental que cubre la corona, mientras que en las profundas se encuentra intacto el hueso que la oculta. En muchos casos es necesario resear porciones considerables de tejido óseo a fin de descubrir la superficie de oclusión y vestibular del molar, para lo cual puede utilizarse escoplo o fresa. Después de quitar las esquirlas y fragmentos sueltos del folículo dental, se hace una minuciosa inspección para ver la cantidad de hueso que cubre la cara distal del molar, haciendo fuerza en dirección vertical, por consiguiente, será necesario crear un espacio un poco mayor que el perímetro de la corona, si las raíces están curvadas en sentido distal, será necesario resear una zona considerable de la rama mandibular por detrás del molar para poder inclinar la corona o bien resear la parte distal de ésta para hacer el espacio suficiente para girar el molar; sin embargo cuando las raíces están curvadas mesialmente, se necesita resear la porción mesial de la corona a fin de introducir el elevador entre la cara posterior y el hueso alveolar e inclinar el molar hacia adelante.

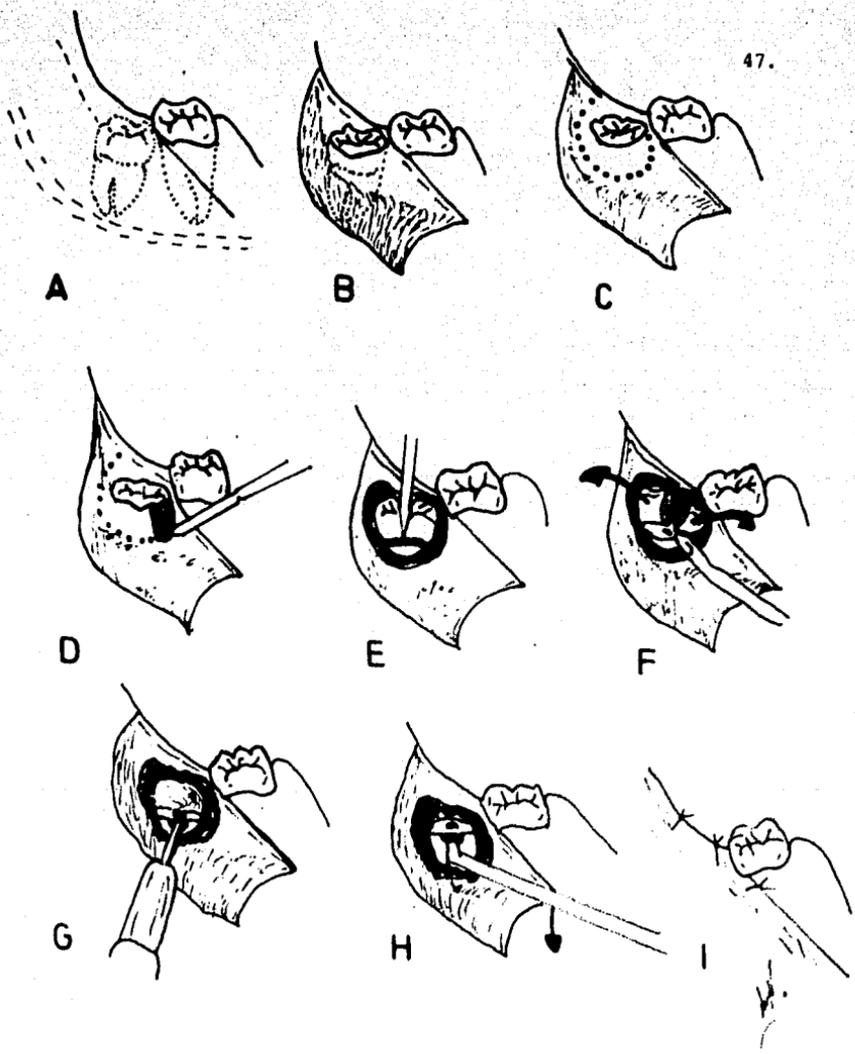


FIGURA 3A

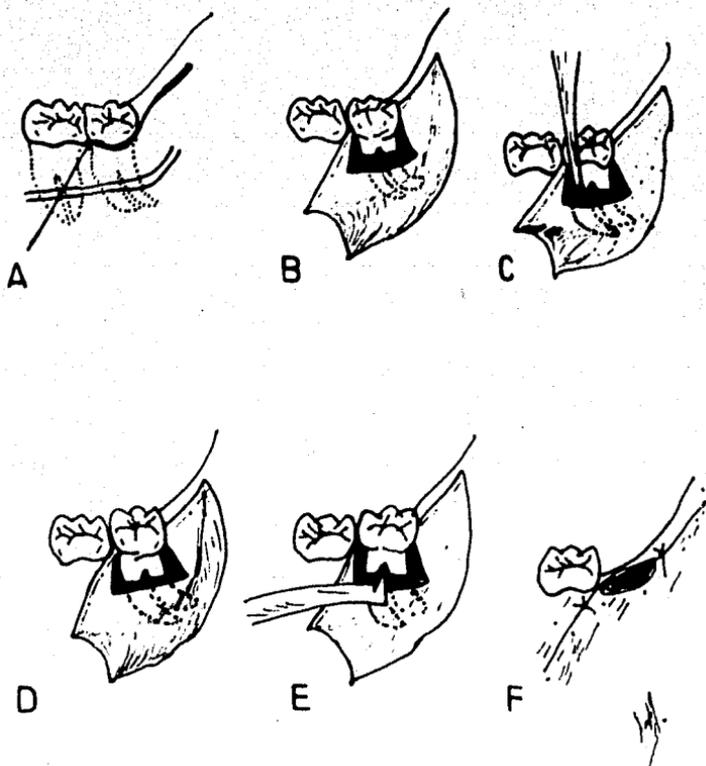


FIGURA 3 B

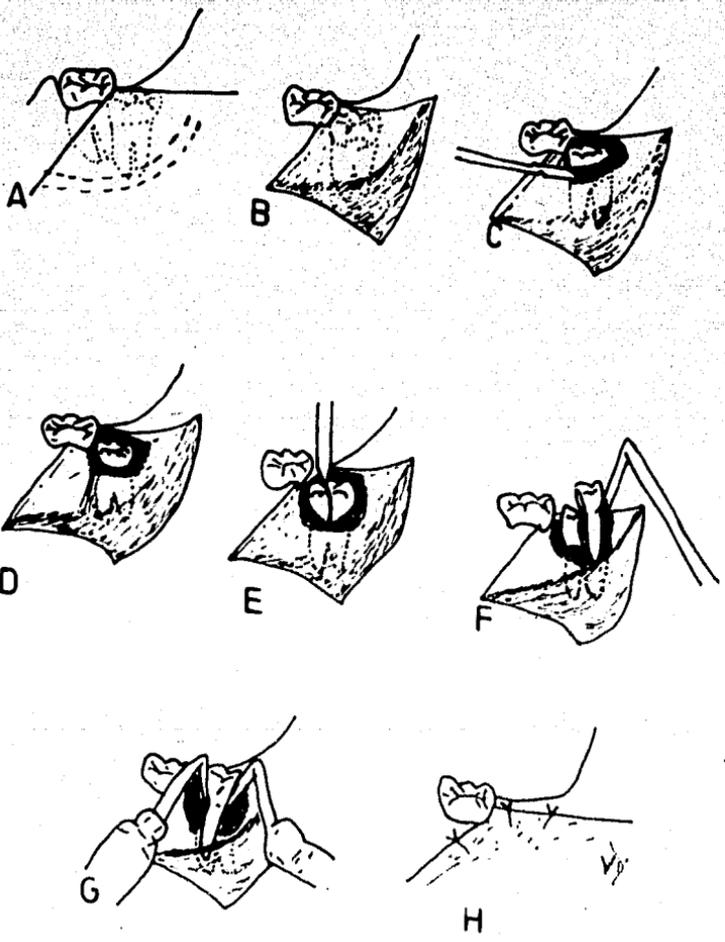


FIGURA 3 C

No debe intentarse luxar el órgano dentario hasta que la abertura en el maxilar ha sido adecuadamente preparada para ello se ha dividido la corona si es preciso, el método utilizado para luxar el molar se determina de ordinario por estudio cuidadoso de las radiografías tomadas antes de la operación.

El método de aplicar la palanca de primer género interdental para luxación sólo se puede utilizar si el molar se adelgaza hacia la raíz, si hay espacio entre el segundo molar y el cuello del tercero, si éste está ligeramente inclinado hacia adelante. El tercer molar se levanta con un elevador lanceolado introducido por la parte voluminosa de la corona, haciendo girar el elevador varias veces se rompe el ligamento y el tercer molar sale de su alvéolo. El elevador debe colocarse teniendo cuidado de que el traumatismo no se transmita al segundo molar la luxación por palanca de primer género por vestibular podrá utilizarse si el tercer molar retenido está en íntimo contacto con el segundo molar o demasiado separado de él, o si la raíz es tan ancha o casi tan arriba como la corona. En estos casos la fuerza de luxación deberá aplicarse únicamente en sentido vertical para esto, con la fresa se hace un orificio o muesca que permita aplicar el elevador con la cara vestibular del tercer molar inferior retenido que va a extraerse inmediatamente por encima de la bifurcación de la raíz, el elevador se introduce en el orificio o muesca y descansa sobre la lámina externa de la porción alveolar de la mandíbula, la cual sirve de fulcro para elevar el tercer molar. Debe tenerse la preocupación de evitar que el borde lingual de la herida no impida la extracción, lo cual es fácil que suceda si el tercer molar retenido está ligeramente inclinado en esa dirección para evitar esa frecuente dificultad puede introducirse un periostomo entre el mucoperiostio lingual y la porción de este mismo lado de la corona.

EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES

RETENIDOS EN POSICIÓN MESIOANGULAR

En las retenciones mesioangulares el tercer molar puede o no estar retenido debajo de la corona del segundo, la radiografía preoperatoria, tomada desde el ángulo adecuado mostrará generalmente si la extracción puede hacerse por elevación sin dividir el órgano dentario o si este procedi-

miento lesionará al segundo molar. Es sencillo el problema de geometría, se toma como centro de rotación el vértice de la raíz distal y se dibuja un círculo como el que describirán las cúspides mesiales durante la extracción, utilizando de radio la distancia entre el vértice de la raíz y la cúspide si el círculo es tangente al segundo molar, la elevación simple es posible; si corta su parte distal, está contraindicada (ver figura 4).

La incisión es la misma que para el tercer molar - en posición vertical parcialmente erupcionado o retenido. - Después de haber despegado hacia atrás un colgajo por el lado vestibular, se reseca el hueso con fresa o escoplo hasta exponer las caras mesio-distal-vestibulares del molar. De aquí en adelante todo depende de si hay o no suficiente espacio para elevar el tercer molar sin lesionar el segundo molar. Carece de importancia el nivel de oclusión en que se encuentre el molar en este tipo de retención, excepto por lo que se refiere a la cantidad de tejido óseo que es necesario resecar para elevar a la corona.

Cuando la luxación se realiza por aplicación de palanca de primer género, la fuerza se aplica por debajo de la cara mesial con un elevador de bayoneta; sin embargo, antes de proceder a ello se deberá crear espacio eliminando hueso por detrás del molar. Para esto se utiliza una fresa de físuras, que deberá pasarse no solamente por la cara distal del molar, sino también por la lingual y la vestibular, puesto que el espacio debe ser del tamaño de la corona. Cuando el tercer molar está profundamente retenido no es posible introducir el elevador inmediatamente por debajo de la corona; en algunos casos es necesario utilizar primero la fresa para hacer lugar al instrumento, pero se tendrá cuidado de resecar solamente el hueso por debajo del tercer molar y no el que cubre la raíz distal del segundo. La extracción puede emprenderse ahora por tentativas de fuerza creciente, las cuales colocarán el molar en posición vertical y al mismo tiempo lo elevarán del alveólo. El tercer molar retenido puede entonces extraerse con facilidad, incluso si sus raíces están considerablemente curvadas. Los únicos molares que no pueden extraerse por este método son los que tienen las raíces curvadas mesialmente. En estos, como en los coliodonticos, está indicada la odontotomía.

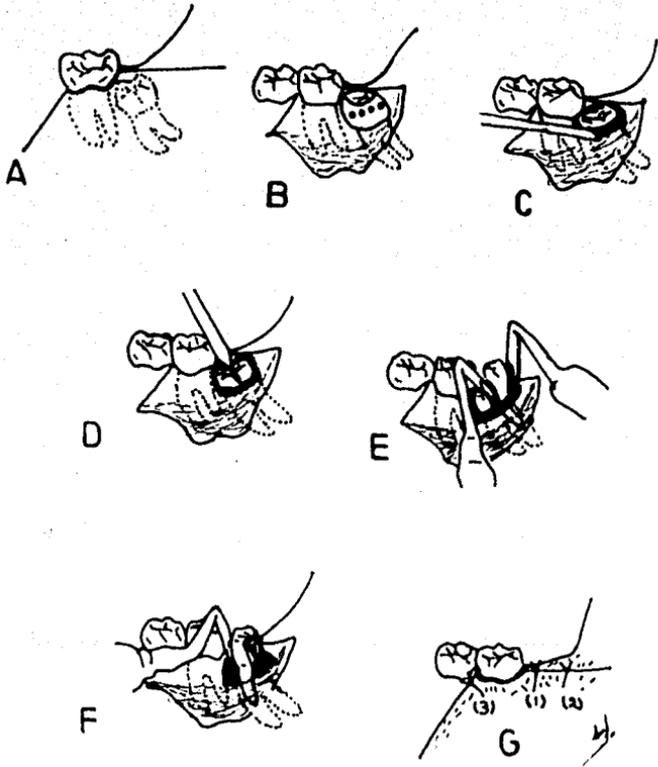


FIGURA 4

La extracción por odontomía se realiza cuando el molar está retenido debajo de la cara convexa distal del segundo molar o si la conformación de las raíces hace probable que la técnica elemental del elevador origine complicaciones operatorias. El tercer molar deberá ser dividido a nivel del cuello a menos que se encuentre a elevado nivel de oclusión y parcialmente erupcionado. En tales casos existe frecuentemente una caries en figura que facilita la extracción de la parte mesial de la corona por división desde el centro de la superficie de oclusión en sentido diagonal hasta el cuello del tercer molar. La incisión se hace en forma descrita para la odontomía, y se reseca el hueso suficiente para poder alcanzar por debajo la superficie mesial del molar con un elevador y permitir su salida por la abertura ósea.

Se usa una fresa para perforar a través de la cara distal penetrar en la cavidad pulpar y llegar a la dentina mesial del tercer molar, pero sin perforar la cara inferior. Se puede cambiar la dirección de la fresa retirándola o se hacen dos o tres conductos paralelos. En el espacio se introduce un elevador Cryer para seccionar el molar por completo, alguna que otra vez se encontrará que la corona es demasiado voluminosa para extraerla en una sola pieza, y en este caso es aconsejable dividirla a lo largo con un escoplo estrecho aplicado sobre el surco vestibular. Por lo regular, la corona se extrae con un elevador estrecho colocándolo debajo de la cara mesial. Si se encuentra resistencia por parte de los tejidos blandos, se utiliza una legra para liberar el molar del borde lingual de la herida. Las raíces se luxan entonces con un elevador Cryer aplicado en la cara mesial, o con un pequeño elevador de raíces aplicado sobre la superficie distal entre la raíz y el alveolo frecuentemente es necesario hacer un orificio en la cara distal del molar para enganchar la raíz con el elevador, utilizando el hueso alveolar distal de la raíz como apoyo. Por este método se puede ejercer gran fuerza para facilitar la extracción en casos difíciles.

**EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES
RETENIDOS EN POSICION HORIZONTAL.**

La mayor parte de los terceros molares en posición horizontal exigen la odontotomía, incluso si se encuentran a elevado nivel de oclusión; la extracción se facilita considerablemente si se disecan a nivel del cuello o por donde el esmalte es muy delgado. Cuando están situados profundamente la división es casi siempre imperativa, por lo regular, la extracción del molar entero es posible cuando hay espacio entre la superficie de oclusión del tercer molar y la cara distal del segundo, si las raíces no están curvadas en sentido mesial. La insición se hace de la manera habitual, y se desprende un colgajo de mucoperiostio. Se expone entonces el tercer molar con cincel o fresa, de manera que quede al descubierto un poco más de la mitad de la cara vestibular. (ver fig. 5)

La luxación por la técnica del elevador se puede utilizar si hay espacio para que el molar pueda ser extraído sin dividirlo. En este caso habrá que resecar una considerable porción del hueso que cubre la raíz; sin embargo cuando el molar está situado profundamente, la aplicación de un elevador debajo de la corona y la considerable presión que puede ser necesaria para elevarlo pondrán tal vez en peligro el segundo molar y el conducto dental. La lesión del ápice del primero y la comprensión del segundo causarán indeseables complicaciones, que pueden evitarse por la técnica de división.

Las retenciones en posición horizontal con curvatura mesial de las raíces, las cuales se oponen a la extracción a lo largo de la curva distal del eje longitudinal del resto del molar, no son operables por este método, cualquiera que sea el espacio de que se disponga por delante de la corona del mismo.

Quando se hace la extracción por odontotomía, el tercer molar puede dividirse por arriba o por la cara vestibular. Para lo primero puede dividirse por arriba o por la cara vestibular. Para lo primero se utiliza la fresa que se aplica en el centro de la cara distal del molar, mientras que con un separador se protegen los tejidos blandos. Después de haber perforado la dentina de la cara distal, la fresa se hunde

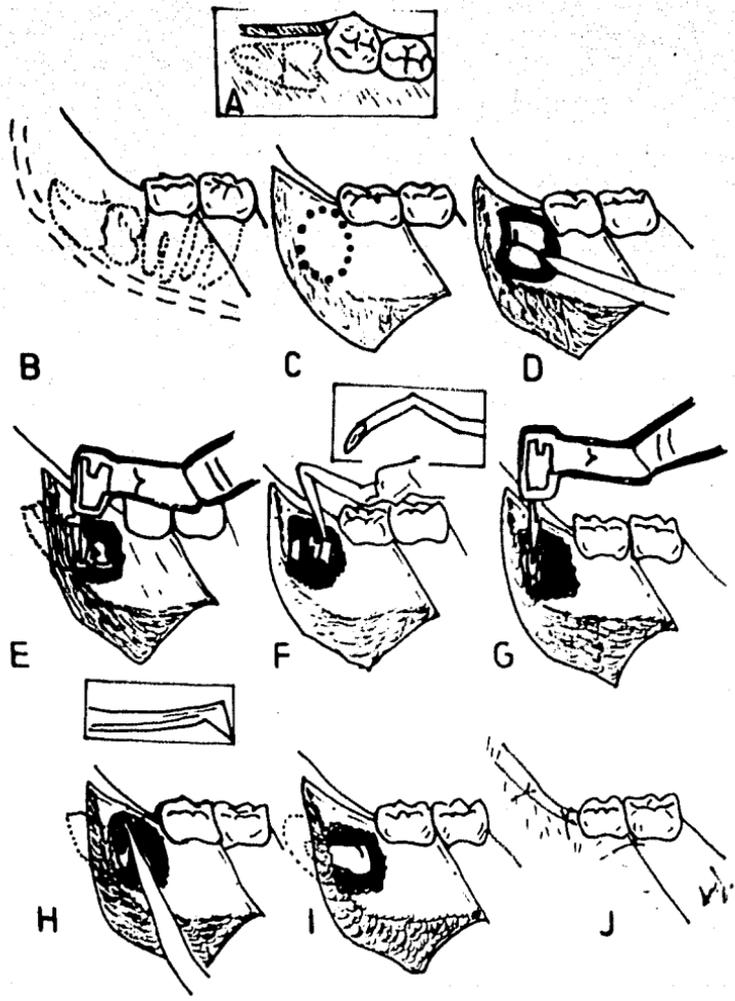


FIGURA 5

de en la cavidad pulpar y deberá penetrar por lo menos hasta la mitad de la cara mesial del molar, cuyo espesor se calcula por la imagen radiográfica. Hay que tener cuidado de no llegar hasta la arteria y nervio dentales inferiores, que frecuentemente yacen junto al tercer molar, para no lesionarlos. Hecho el primer orificio, se hacen otros dos, uno de cada lado de aquél. A continuación se unen los tres orificios y se atacan las caras lingual y vestibular cambiando la dirección de la fresa. En seguida se inserta un elevador Cryer con mango cruzado para separar la corona por completo, la cual se extrae finalmente con un elevador.

A veces es posible extraer las raíces con elevador, pero si están firmes, las curvadas distalmente, es decir hacia arriba, se luxan con un elevador de Cryer introducido debajo de ellas. Para extraer raíces curvadas abajo mesialmente, en su cara distal junto al borde óseo, se hace un orificio donde con un pequeño elevador, se realizará un movimiento de palanca para que el que sirve de fulcro el hueso alveolar. Aunque las raíces pueden luxarse y extraerse juntas por cual quiera de estos métodos, hay casos en que es necesario extraerlos por separado, en particular cuando está curvada mesialmente y la otra distalmente.

EXTRACCIONES DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

RETENIDOS EN POSICION INVERTIDA

Es difícil la extracción de terceros molares invertidos si no se hace la odontotomía, cuando se desarrolla un quiste alrededor de la corona, el molar se puede extraer en una pieza.

Cuando está indicada la división del órgano dentario, la técnica no difiere de la descrita para los molares en posición horizontal profundamente retenidos. En algunos casos es difícil extraer la corona, que sigue trabada aún después de haberla separado de las raíces; en estas circunstancias, se extraen primero las raíces descubriéndolas más extensamente. Después de extraer las raíces hay más espacio para mover la corona hacia fuera y atrás.

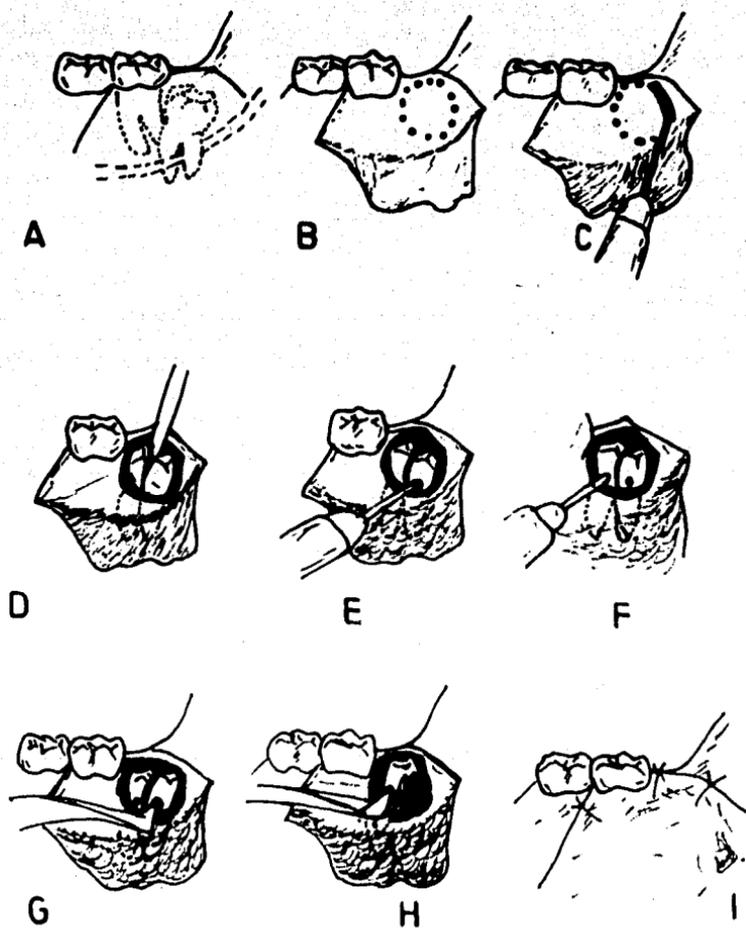


FIGURA 6

CAPITULO XI

CONCLUSIONES

El problema del tercer molar inferior retenido, ha sido ampliamente estudiado, debido a los riesgos que todo Cirujano Dentista o Cirujano Bucal puede encontrar en el intento de este acto quirúrgico.

El problema se inicia en el momento de una erupción anormal, ya que por encontrarse lejos el germen dentario al sitio de erupción, por carecer de espacio suficiente o alguna patología anexa la problema.

En la medida que el profesional utilice los implementos necesarios e imprescindibles, logrará que este acto quirúrgico sea lo menos traumático posible y sin efectos laterales.

Esto implica, al realizar una buena historia clínica con el objeto de conocer el estado general del paciente, un buen estudio radiográfico, una buena asepsia y antisepsia de la región, en la medida que logramos contener estos factores, tendremos un mayor porcentaje en el éxito de nuestra intervención. Debe tener conocimientos exactos de anatomía humana ya que esta no es Standar, por lo que con cada paciente se deben tomar en cuenta datos como: edad, compleción, estatura.

Debe utilizar medios adecuados de esterilización - como por ejemplo: calor seco, ya que la incorrecta esterilización origina la contaminación del instrumental.

Es conveniente la colaboración de un asistente, -- pues con su ayuda el trabajo será desarrollado con mayor eficiencia.

Debe seguir paso a paso las técnicas quirúrgicas.

Debe trabajar siempre con seguridad, ya que si ha adquirido buenos conocimientos estos superarán su falta de experiencia.

Existen otros factores que facilitan esta intervención, y que son de vital importancia y que no debemos olvidar, esto es una incisión que nos proporcione un colgajo suficiente, esto quiere decir que no sea un colgajo muy amplio pero tampoco muy reducido que nos permita una buena iluminación del campo operatorio.

Otro factor importante es la cantidad de hueso que debemos desprender, no debe ser más que la cantidad necesaria para evitar problema postoperatorio. La sutura debe también ser lo mejor posible puesto que una buena sutura es la firma de un buen cirujano.

Es necesario insistir en la necesidad de que todo Cirujano Dentista, asuma la responsabilidad de adquirir una buena preparación, para este tipo de acto quirúrgico, ya que es el que con más frecuencia encuentra retenido este molar, que además puede darnos signos y síntomas que nos llevarán a pensar en una posible patología.

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

- 1.- Tratado de anatomía Humana
Quiróz Gutierrez, Fernando.
Ed. El Ateneo - 1975
- 2.- Tratado de Cirugía Bucal
Kruger, O. Gustav.
Ed. Interamericana - 1960
- 3.- Cirugía Bucal Tomos I y II
Archer, Harry W.
Ed. Mundi - 1974
- 4.- Atlas de técnica operatoria en Cirugía
Estomatológica y Maxilofacial.
Ginestet.
- 5.- Tratado de Cirugía Bucal
Guralnick, C. Walter
Ed. Salvat - 1971.

- 6.- Cirugía Bucal
Ries Centeno, G.R.
Ed. El Ateneo - 1975.
- 7.- Anatomía Odontológica Cervicofacial
H. Aprile, M.E. - Figun, R.R. Garino
Ed. Ateneo - 1971
- 8.- Medicina Bucal. Diagnostico y Tratamiento
Burker W, Lester
Ed. Interamericana - 1973.
- 9.- Manual de Farmacología Clínica
Frederik H. Meyers.
Ed. El Manual Moderno - 1977
- 10.- Manual de Anestesiología
M. Hanquet.
Ed. Tonay-Masson, S.A. Barcelona - 1976.
- 11.- Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral
J.J. Pindorg
Ed. Salvat - 1974.