

150
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TERCER MOLAR INFERIOR
Y
UNA TECNICA QUIRURGICA DE EXTRACION

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
LUIS GUTIERREZ GARZON



México, D. F.

1990

FALLA EN ORIGEN



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 está 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.

INDICE.

INTRODUCCION.....	I
I- GENERALIDADES DE RETENCION DENTARIA.....	2
1.1 DEFINICION DE RETENCION, INCLUSION E IMPACTACION DENTARIA.....	2
Retención dentaria.....	2
Inclusión dentaria.....	3
Impactación dentaria.....	3
1.2 FRECUENCIA.....	3
1.3 CLASIFICACION.....	4
Locales.	
Generales.	
II- CARACTERISTICAS GENERALES DEL TERCER MOLAR INFERIOR.....	4
2.1 RETENCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.....	5
2.2 CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.....	6
Clase I.	
Clase II.	
Clase III.....	7
Posición a.	
Posición b.	
Posición c.	
Mesio angular.	
Disto angular.....	8
Linguo angular.	
Vestibulo angular,	
Invertido.	
Horizontal.	

Posición ectópica.....	9
2.3 DIAGNOSTICO.....	9
2.4 TRATAMIENTO.....	9
III- EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.....	10
3.1 INSTRUMENTAL.	
3.2 INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS.....	11
Bisturi.	
Separadores.	
Legras, Periostotómo. Espatulas romas.	
Pinzas de diseccion.	
Pinzas hemostáticas.....	12
Cucharilla de lucas.	
3.3 INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS.....	12
Fresas quirúrgicas.	
Pieza de mano de alta velocidad.....	13
Martillo y escópios.	
Pinzas gubias.	
Elevadores o botadores.	
Forceps.....	14
Electrocirugía o electrocauterio.	
Esterilización.	
IV- TECNICA QUIRURGICA.....	15
4.1 Preparación del paciente.	
4.2 TECNICA DE ANESTESIA, BLOQUEO DE LOS NERVIOS, DENTAL INFERIOR, LINGUAL Y BUCAL LARGO.....	16
4.3 DIERESIS DE LOS TEJIDOS.....	17

4.5 PREPARACION DE LOS COLGAJOS.....	18
4.6 OSTECTOMIA Y EL HUSO DE LA FRESA DE CARBURO CON ALTA VELOCIDAD.....	18
4.7 OPERACION PROPIAMENTE DICHA.....	19
4.8 TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.....	20
4.9 SUTURA DE LOS COLGAJOS.....	20
Técnica de sutura.....	21
V- INDICACIONES POSOPERATORIAS AL PACIENTE.....	22
CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	24

INTRODUCCION

Al realizar el presente trabajo, el objetivo fué dar a conocer las características más importantes del tercer molar inferior retenido. De los conceptos más importantes que el Cirujano Dentista debe tener en cuenta con relación a éste. Y de una técnica para la extracción de este diente.

En la actualidad existen muchas y muy variadas formas o medios para poder realizar de la manera más sencilla, la avulsión de este órgano dentario retenido; Así como también muchos y muy variados instrumentos con características especiales, y que han desplazado a otros con menos características, o -- por lo complicado, peligroso y traumático para el paciente.

Al escoger un buen método o técnica, este debe ser el más sencillo y apropiado, así como el instrumental y su adecuado uso, con lo cual podremos evitarle al paciente molestias y complicaciones en el transcurso y después de la operación.

El Cirujano Dentista debe poseer los suficientes conocimientos, habilidades y un criterio propio para poder planear, decidir y realizar la operación. Solo de esta manera, se pueden realizar con éxito las extracciones quirúrgicas de los terceros molares inferiores retenidos.

I. GENERALIDADES DE RETENCION DENTARIA.

El problema de la retención dentaria es ante todo de índole mecánica, esto es, cuando el diente está destinado a hacer su erupción, algunas veces encuentra en su camino un obstáculo que se lo impide.

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador.

La extracción de un diente retenido consiste esencialmente en un problema mecánico. Es la búsqueda por medios mecánicos e instrumentales del diente retenido y su eliminación del interior del hueso donde está ubicado, por medio de la extracción a colgajo y del método de seccionamiento.

1.1 DEFINICION DE RETENCION. INCLUSION E IMPACTACION DENTARIA.

RETENCION DENTARIA.

Es un órgano dentario dentro de los maxilares y que su tiempo de erupción ha concluido, su tratamiento siempre será quirúrgico.

INCLUSION DENTARIA.

Aquel órgano dentario que se encuentre en los maxilares y que su tiempo de erupción no ha concluido, no siempre su tratamiento será quirúrgico.

IMPACTACION DENTARIA.

Aquel órgano dentario que se encuentre en una arcada ya erupcionado, y que por alguna fuerza sea intruído dentro del alveolo dentario, su tratamiento sera sacarlo del alveolo y ferulizarlo.

1.2 FRECUENCIA.

Los dientes que con mayor frecuencia se retienen son:

Tercer molar inferior.....	35 %
Canino superior.....	34 %
Tercer molar superior.....	9 %
Segundo premolar inferior.....	5 %
Canino inferior.....	4 %
Incisivo central superior.....	4 %

1.3 CLASIFICACION.

Las causas que originan la retención dentaria se pueden clasificar en locales y generales, y las principales son:

LOCALES.

Falta de espacio.

Organo dentario con mayor fuerza eruptiva.

Tumor odontogénico.

GENERALES.

Anemia.

Distrofias.

Labio y paladar hendido.

II. CARACTERISTICAS GENERALES DEL TERCER

MOLAR INFERIOR.

Es el diente que presenta mayores variedades de forma tamaño, disposición y anomalías. La corona del tercer molar inferior puede ser normal, pequeña o grande, con un numero normal de cúspides o poseer lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales.

Las raíces tienen características diferentes a la de

los otros molares, en lo que respecta a número, forma, tamaño, disposición y anomalías. Por lo general el tercer molar es birradicular.

Es el diente que con mayor frecuencia se retiene, pues generalmente viene en dirección mesio angular.

2.1 RETENCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

En su retención, o en el intento de erupción, este diente produce una serie de accidentes patológicos diversos, de variado aspecto e intensidad, que tienen lugar en todos los climas, en edades muy distintas, en los dos sexos y en ambos lados de los maxilares.

La edad en que se presentan con mayor frecuencia estos procesos varía entre los 18 y 28 años, existiendo un ligero predominio del sexo femenino.

La falta de espacio ocupa el primer lugar en la producción de los accidentes de los terceros molares retenidos.

Los accidentes se deben a la infección del saco pericoronario y tiene repercusiones locales, regionales y a distancia. Para producirse la infección, es preciso que, por una parte aumente la virulencia microbiana y disminuyan las defensas del organismo, y por la otra que se establezca una puerta de entrada.

2.2 CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR

INFERIOR RETENIDO.

Se presenta en distintas posiciones y en diferentes desviaciones, con su cara mesial libre o cubierta.

El plano de oclusión es una línea imaginaria que se traza de la cúspide mesio vestibular del primer molar inferior, al incisivo central inferior.

Esta clasificación la podemos dividir de acuerdo a:

A) La relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior. B) La profundidad con relación al plano de oclusión. C) La angulación del diente, en relación con el eje mayor del segundo molar inferior.

A) CLASE I

Cuando existe suficiente espacio entre la rama y la cara distal del segundo molar, y hay lugar para todo el diámetro mesio distal de la corona del tercer molar.

A) CLASE II

Cuando el espacio entre la rama ascendente y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesio distal de la corona del tercer molar.

A) CLASE III

Cuando el tercer molar se encuentra dentro de la rama ascendente.

B) POSICION a

Cuando la parte mas alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por encima del plano de oclusión.

B) POSICION b

Cuando la parte mas alta del tercer molar se encuentra por debajo del plano de oclusión.

B) POSICION c

Cuando la parte mas alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por abajo de la línea cervical.

C) MESIO ANGULAR

Cuando el eje longitudinal del tercer molar se encuentra dirigido a la cara distal del segundo molar.

C) DISTO ANGULAR

Cuando el eje longitudinal del tercer molar se encuentre dirigido al borde anterior de la rama ascendente.

LINGUO ANGULAR

Cuando el eje longitudinal del tercer molar se encuentre dirigido a la parte lingual.

VESTIBULO ANGULAR

Cuando el eje longitudinal del tercer molar se encuentre dirigido hacia la parte vestibular.

INVERTIDO

Cuando el eje longitudinal del tercer molar se encuentre perpendicular al borde inferior de la mandíbula.

HORIZONTAL

Cuando el eje longitudinal del tercer molar se encuentre paralelo al borde inferior de la mandíbula.

POSICION ECTOPICA

Cuando el órgano dentario se encuentre en una posición que no le corresponde anatómicamente.

2.3 DIAGNOSTICO.

El diagnóstico se establece por el examen clínico y por el estudio radiográfico.

Con las radiografías valoraremos su clase, posición y angulación, así como también alguna posible patología de los tejidos adyacentes y del diente a extraer, además de la disposición de las raíces.

El tiempo de esta intervención no debe de exceder de 1 hora 30 minutos.

2.4 TRATAMIENTO.

Consiste en la total extracción del órgano dentario.

Se deben extraer en hombres después de los 18 años y en mujeres después de la menarca, además de esperar al cambio de tamaño de los maxilares.

También se podrán extraer, si el paciente por tratamiento de ortodoncia lo requiera.

Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos, como prevención el molar retenido debe ser extraído.

III. EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER

MOLAR INFERIOR.

Exige la aplicación de instrumental adecuado, con un grado de fuerza destinado a vencer la resistencia que está dada por el molar, la disposición de sus raíces y el hueso que lo cubre.

La operación consta de los siguientes pasos:

Anestesia adecuada. Incisión, Preparación de los colgajos

Ostectomía. Operación propiamente dicha (extracción del molar retenido, completo o por la sección del diente.) Tratamiento de la cavidad ósea. Sutura de los colgajos y el tratamiento posoperatorio.

3.1 INSTRUMENTAL.

Nos referiremos básicamente al instrumental necesario para una extracción quirúrgica de tercer molar inferior retenido.

Hoy en día, existe una gran variedad de instrumentos destinados a este propósito y sus variadas técnicas para usarlos, sin embargo, la habilidad del operador es la que determinara en un momento dado, la avulsión del diente.

Cuanto más experiencia adquiere el Cirujano Dentista, y mayor es el volumen de trabajo que realiza, mas simple y estandarizado es el instrumental que posee.

3.2 INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS.

BISTURI.

Consta de un mango y de una hoja de distintas formas y tamaños. El mas utilizado en cirugía bucal es el mango número 3 al cual se le adaptan fácilmente las hojas No. 15, 12 y 11. Para cualquier tipo de incisión en la boca.

SEPARADORES.

Para mantener apartados los labios o los colgajos, sin que sean heridos ni traumatizados, pueden emplearse los separadores de Farabeuf o de Mead.

LEGRAS. PERIOSTOTOMO. ESPATULAS ROMAS.

Para separar, desprender y preparar los colgajos. Estos instrumentos se emplean también para despegar las bolsas de los quistes del hueso que las aloja.

PINZAS DE DISECCION.

Se usan para tomar la delicada fibromucosa bucal sin lesionarla, también permiten sostener firmemente el colgajo.

PINZAS HEMOSTATICAS.

Son aptas para la función de prehension de un vaso, - también pueden usarse como sostenedoras de colgajo o para tomar bolsas quísticas, trozos de hueso o de dientes del interior de una cavidad, tejidos patológicos o sangrantes, en este ultimo caso actuan como hemostáticas.

CUCHARILLA DE LUCAS.

Para eliminar del interior de las cavidades, granulomas fungosidades, quistes, etc..

3.3 INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS.

LIMA PARA HUESO.

Se usan para preparar maxilares que llevarán aparatos de prótesis, o para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

FRESAS QUIRURGICAS.

Puede eliminar el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos, osteotomía y osteotomía respectivamente.

PIEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD.

En la extracción de dientes retenidos, es de gran utilidad el uso de la alta velocidad y la fresa quirúrgica, porque reduce el tiempo de trabajo y hay menos trauma al tejido, pero debe extremarse la irrigación, con el fin de no producir el recalentamiento del hueso y del diente, evitando la necrosis ósea.

MARTILLO Y ESCOPILOS.

De uso muy frecuente en cirugía bucal, se les emplea para efectuar la sección quirúrgica (osteotomía) y la resección (osteotomía) del hueso que cubre el objeto de la intervención.

PINZAS GUBIAS.

Pueden ser rectas o curvas, se emplean extrayendo el hueso por resección mecánica, así también cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o trzos óseos que emergen de la superficie del hueso.

ELEVADORES O BOTADORES.

Son instrumentos que se emplean para movilizar o extraer dientes o raíces dentarias.

FORCEPS.

Se usa para la extracción del diente del alvéolo, se toma el diente a extraer, y se le imprimen movimientos particulares,

ELECTROCIRUGIA O ELECTROCAUTERIO.

Esta unidad trabaja bajo el principio de una corriente eléctrica, que es transferida a través de los electrodos al tejido, puede ser utilizada para la disección de tejidos, o para la electrocoagulación y para la fulguración.

ESTERILIZACION.

El mejor modo de esterilización de los instrumentos, es por medio del autoclave. Los instrumentos filosos pueden esterilizarse en el esterilizador de aceite caliente. Las soluciones frías son empleadas para guardar instrumentos esterilizados o para la esterilización primaria por un lapso amplio de tiempo. El autoclave se utiliza para la esterilización de gasas, algodones y telas.

IV. TECNICA QUIRURGICA.

Se debe procurar que la extracción del molar retenido, se efectúe en el período de tiempo mas breve, de la manera mas sencilla, en las mejores condiciones de asepsia y anti-sepsia, sin molestias para el paciente y con el menor traumatismo posible de los tejidos, para que la herida cicatrice sin problemas y complicaciones.

" De los conocimientos, de la experiencia, de la habilidad y del criterio propio del Cirujano dentista, dependerá el éxito o fracaso de la operación."

4.1 PREPARACION DEL PACIENTE.

El paciente deberá ser cubierto de forma aceptable para todos los procedimientos quirúrgicos fundamentales. Este campo quirúrgico puede ser de hilo o algodón, de aproximadamente, 1.30 metros por lado, con un orificio en la parte superior, dejando al descubierto la nariz y la boca.

Deberá incluirse también, una toalla estéril, con la que se cubre la mesa de los instrumentos.

El motivo de los campos quirúrgicos en la cirugía bucal es para aislar áreas contaminadas, tales como el pelo y la barba.

4.2 TECNICA DE ANESTESIA.

BLOQUEO DE LOS NERVIOS DENTAL INFERIOR

LINGUAL Y BUCAL LARGO.

La zona de anestesia incluye los dientes de una mitad del maxilar inferior, una porción de la encía bucal, la piel y mucosa del labio inferior, la piel del mentón y de una parte de la lengua.

Se coloca el dedo índice del operador sobre el cuerpo adiposo de la mejilla, utilizándolo para desplazar lateralmente esa porción del paquete adiposo, hasta que el dedo se apoye contra la escotadura coronoides, se palpa al mismo tiempo para localizar el tendón profundo del músculo temporal. Se apoya la jeringa sobre los premolares del lado opuesto y se punciona la mucosa con la aguja, a la altura indicada por la escotadura coronoides, tan cerca como sea posible del tendón profundo del temporal, y por la parte interna del cuerpo adiposo. La aguja se detiene en cuanto ha penetrado a la mucosa, inyectándose una parte de la solución. Después se pasa la aguja lentamente por una distancia aproximada de 0.5 centímetros, moviendo con suavidad la aguja lateralmente, para sentir el tendón profundo del músculo temporal. Desde este punto hasta la espina de Spix hay una distancia de 1 centímetro. Se adelanta la aguja unos cuantos milímetros más y se inyecta otra parte de

La solución, antes que toque el periostio, situado por delante de la espina de Spix. Después se desliza la aguja suavemente a lo largo del periostio y sobre la escotadura de la espina de Spix, hacia el surco, donde se inyecta una parte más de solución.

4.3 DIERESIS DE LOS TEJIDOS.

Se inicia la incisión, en la parte más alta de la cresta distal, por detrás de la cara distal del segundo molar, - el trazo tiene que ser de un solo intento y de una profundidad adecuada, teniendo como base el hueso. La longitud de la incisión estará dada por el tipo de retención del tercer molar; por lo tanto se funda en detalles que se obtengan del exámen radiográfico.

Al llegar a la cara distal del segundo molar, festeonamos los órganos dentarios que necesitamos, su profundidad - llegará también hasta el hueso y secciona en su penetración, los ligamentos correspondientes.

En los casos de ausencia del segundo molar, la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, se detiene en el centro de la cara distal del primer molar y prosigue hacia el cuello de este diente, contorneándolo.

En caso de ausencia de todos los dientes de la arcada, la incisión corre por el borde hasta aproximadamente 2 cms - del límite mesial del molar retenido.

4.5 PREPARACION DE LOS COLGAJOS.

Se emplea el periostotómo, introduciéndolo en la brecha quirúrgica, progresando desde el lado distal a mesial, El instrumento toca fríncamente el hueso y apoyándose en él y con movimientos suaves de lateralidad y de giro, se comenzará a levantar el colgajo, que será siempre mucoperióstico.

4.6 OSTECTOMIA Y EL USO DE LA FRESA DE CARBURO CON ALTA VELOCIDAD.

El objeto es eliminar la cantidad necesaria de hueso, como para tener acceso al molar y disminufr la resistencia.

El grado y extensión de la resección ósea dependen del tipo de retención, cantidad de hueso y forma radicular, detalles que deben ser estudiados previamente en la radiografía.

El empleo de la fresa de carburo con alta velocidad, resaca el hueso con precisión y rapidez, su empleo es simple, y su función puede ser realizada con éxito con solo evitar - su calentamiento por el excesivo y prolongado fresado, y ello se logra operando bajo una adecuada irrigación de suero fisiológico.

4.7 OPERACION PROPIAMENTE DICHA.

(EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO)

Se realiza despues de eliminar o disminuir los factores de la resistencia (ostectomfa)

Antes de efectuar la odontosección, se debe de luxar - la pieza, con el fin de crear un punto de apoyo.

La odontosección en molares retenidos simplifica y agiliza una operación que de otra manera serfa traumática, lacerante e improductiva.

1- Aplicamos sobre la cara mesial del tercer molar un elevador, que siguiendo los principios mecánicos de primero y segundo género con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesiobucal eleva el molar, hacia el lado distal y hacia arriba.

2- Dividimos el molar retenido, en las porciones que se consideren necesarias, lo podemos hacer con la fresa de carburo, ya sea según su eje mayor, en donde el corte se hará sobre la cara oclusal del molar o sobre un surco de la misma cara, o la división según el eje menor, la cual se realiza a nivel del cuello del molar.

3- Con el objeto de separar las partes incompletamente seccionadas, puede usarse un elevador.

4- En el caso de que las raíces sean divergentes y no puedan extraerse en un tiempo, se procederá a separar las raíces con una fresa de fisura, para después extraer las porciones en dos tiempos, primero la raíz distal y luego la mesial, con los elevadores adecuados.

4.8 TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

1- Eliminación del saco folicular (produce tumores, quistes) se hará con una cucharilla de Lucas.

2- Limar bordes y espículas óseas, puede ser con fresa o lima para hueso.

3- Extraer las esquirlas de hueso o diente que puedan quedar, puede usarse el suero fisiológico, irrigando la cavidad ósea.

4- Se regresa el colgajo y se sutura.

5- En caso de que persista el sangrado, puede ponerse en la cavidad antes de suturar, un trozo de Gelfoam, que es una esponja quirúrgica, estéril, absorbible y con propiedades hemostáticas.

4.9 SUTURA DE LOS COLGAJOS.

Maniobra que tiene por finalidad reunir los tejidos separados por la incisión.

El método de mayor uso en cirugía bucal, consiste en realizar puntos independientes uno de otro, con una aguja curva-enhebrada con el material de sutura (lino, seda excepcionalmente catgut.) Y manejada por el portaagujas. Cada punto estará colocado a una distancia aproximada de 1 centímetro.

Se acostumbra iniciar la sutura en la parte lingual y terminarla en la vestibular.

TECNICA DE SUTURA.

1- Se toma la aguja con el portaagujas, aproximadamente en el centro de su arco.

2- La aguja perfora la fibromucosa de los tejidos separados, y una vez que ésta se asoma a la superficie, el portaagujas abandona la aguja de su lugar de toma y vuelve a asirla, ya del otro lado, y se recorre el hilo el trayecto que necesite.

3- Se toma con los dedos índice y pulgar el cabo que tiene la aguja. Se lo apoya en el instrumento y se hace dar al hilo dos vueltas completas alrededor del extremo del portaagujas. Se entre abre ligeramente el instrumento y se toma entre sus mordientes el cabo libre. Se tracciona el portaagujas de manera que las dos vueltas de hilo se deslicen hacia adelante y que el cabo libre pase entre ellas. Se ajusta al nivel de la herida y se tiene realizada la primera par-

te del nudo. Para completar el nudo, se realiza la maniobra en sentido inverso y se ajusta el nudo.

V. INDICACIONES POSOPERATORIAS AL PACIENTE.

- 1- Aplicarse compresas de hielo de 10 a 15 minutos en la zona intervenida, el primer día.
- 2- Compresas de agua caliente después de las 48 horas, en intervalos de 10 a 15 minutos, para que se inicie la cicatrización.
- 3- El primer día, la dieta es fría y líquida, sin grasas, picante.
- 4- Dieta blanda 2 o 3 días.
- 5- Que duerma con dos almohadas, para evitar congestión en la herida, el primer día.
- 6- La higiene oral normal, pero tratando de no hacer los enjuagues bucales muy enérgicos.
- 7- Que no haga ejercicios fuertes ni se asolee en dos o tres días.
- 8- Analgésico, antes de que termine el efecto de la anestesia, y después a las 8 horas, en caso que exista dolor.
- 9- Antiinflamatorios, 2 o 3 días una cada 6 horas.
- 10- Antibiótico, del grupo de las penicilinas, en caso de que el paciente sea alérgico a la penicilina, se deberá recurrir a los antibióticos de espectro intermedio, como la eritromicina.

CONCLUSIONES.

En algunas ocasiones, los órganos dentarios al estar erupcionando, encuentran en su camino algún obstáculo que se lo impide, y éste generalmente causa una retención del diente en erupción, provocándole al paciente molestias y complicaciones.

El tercer molar inferior es el que con mayor frecuencia se retiene, y la principal causa de esto es la falta de espacio.

Cuando el diente está retenido, la posición en que se encuentra no siempre es la misma, y se puede encontrar, ya sea horizontal, vertical y con diferentes angulaciones; puede también encontrarse total o parcialmente cubierto de tejido óseo, o fuera de su lugar. (ectópico)

El diagnóstico se hace en base a la inspección clínica y a un buen estudio radiográfico, en donde valoraremos la pieza a extraer, tal como la posición, la profundidad, la disposición de las raíces, la relación con los demás tejidos, alguna posible patología del diente o de los otros tejidos y cuán tardada o traumática será la operación.

El tratamiento será la extracción total del molar retenido, la cual debe de planearse y realizarse en las mejores condiciones de asepsia y antisepsia, con el mejor conocimiento posible de la zona en donde se intervenga, y con el uso y manejo adecuado del instrumental.

BIBLIOGRAFIA.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.

GUSTAV O. KRUGER. INTERAMERICANA. CUARTA EDICION.
MEXICO. 1987.

CIRUGIA BUCAL.

GUILLERMO A. RIES CENTENO. EL ATENEO. NOVENA EDICION.
ARGENTINA. 1986.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL PRACTICA.

DANIEL E. WAITE. CONTINENTAL. SEGUNDA EDICION.
MEXICO. 1988.

TRATADO DE CIRUGIA ORAL.

WALTER C. GURALNICK. EDITORIAL SALVAT. 1971.

ANESTESIA ODONTOLOGICA.

NIELS BJORN JOB ÆNSEN,
JESS HAYDEN. Jr. INTERAMERICANA. TERCERA EDICION.
MEXICO. 1982.

DICCIONARIO MEDICO.

SALVAT EDITORES. SEGUNDA EDICION.