

206
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

COMPLICACIONES OPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS
EN LA EXTRACCION DENTARIA



T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :
MA. DEL SOCORRO MARTINEZ ZENON

MEXICO, D. F.

1990

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





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.

I N D I C E

	Páe.
DEDICATORIAS	
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
COMPLICACIONES OPERATORIAS DE LA EXTRACCION DENTARIA	4
Accidentes en el diente a extraer.	5
Fractura del diente	
Accidentes de los órganos y tejidos adyacentes	7
Luxación y avulsión	
Fractura de dientes vecinos	
Lesión del seno maxilar	
Perforación del piso del seno maxilar	
Penetración de una raíz en el seno maxilar	
Penetración de un diente en la fosa pterigomaxilar.	
Penetración de fragmentos de dientes a la fosa canina.	
Desplazamiento de fragmentos radiculares al piso bucal.	
Lesiones de los tejidos blandos	12
Heridas y desgarros	
Lesión del paquete vásculo-nervioso.	
Lesiones en tejidos duros	18
Luxación de la articulación temporomandibular.	

CAPITULO II

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA EXTRACCION DENTARIA	22
Hemorragias	22
Alveolitis	26
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFIA	33

I N T R O D U C C I O N

Por razones de ética profesional y eficiencia el cirujano dentista tiene la responsabilidad de restaurar la salud bucal del paciente que ha depositado en él su confianza, así mismo es su obligación orientarlo a fin de contribuir a la prevención de las enfermedades de tipo bucal.

El servicio dental que debemos dar al paciente, tiene que ser de excelente calidad, y para lograrlo es necesario que nos preparemos constantemente, ya que es lo así se hará el tratamiento con el criterio más acertado posible. Entonces no debemos perder de vista que la teoría paralela a la práctica serán nuestros principales bases para tener éxito en el ejercicio de nuestra profesión.

En este trabajo que lleva como título COMPLICACIONES OPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS EN LA EXTRACCION-

DENTARIA, no pretendo tratarlo detalladamente porque se rfa demasiado amplio, por lo que sólo describo aquellas complicaciones que más comúnmente se presentan en el -- consultorio, acerca de esta parte de la Odontología que es la exodoncia.

Este tema atrajo especialmente mi atención porque considero que es muy importante conscientizarnos sobre lo importante que es tratar de evitar que sucedan accidentes como resultado de la aplicación incorrecta de -- las técnicas de extracción dentaria, por el inadecuado estudio clínico y radiográfico o por cualquier otro motivo relacionado con la falta de preparación del cirujano dentista.

C A P I T U L O

I

**COMPLICACIONES OPERATORIAS DE LA
EXTRACCION DENTARIA**

COMPLICACIONES OPERATORIAS EN LA EXTRACCION DENTARIA

Las complicaciones que resultan de la extracción dentaria, son de muy diversa índole, algunas de ellas involucran únicamente al diente que se extrae, en otros casos, se comprometen a los dientes vecinos y a veces hasta los tejidos blandos y al hueso.

En este capítulo solamente se describen algunas de las complicaciones que se pueden presentar durante la extracción dentaria; todas ellas están directamente relacionadas con fallas en la técnica utilizada, con el mal uso de los instrumentos, con la aplicación de mayor fuerza que la requerida, con la falta de visibilidad adecuada o con la ignorancia de las estructuras anatómicas por parte del operador.

Con el fin de evitar molestias innecesarias al pa-

ciente, es indispensable que el cirujano dentista planee lo mejor posible cada extracción a realizar, y sobre todo que por ningún motivo deje de efectuar los estudios de tipo clínico, radiográfico y de laboratorio, éstos últimos cuando sean necesarios.

Si bien debemos estar conscientes de que hasta la menor falla en ocasiones es motivo de accidentes, por lo que debemos de trabajar con mucho cuidado para tratar de evitarlos; pero en caso de suceder, tenemos que saber qué conducta debemos seguir para remediar la situación.

ACCIDENTES EN EL DIENTE A EXTRAER

Fractura del diente. Este es el accidente más frecuente en la práctica de la exodoncia; entre las causas principales que la ocasionan se tienen: la falta de luxación, cuando se tiene la pinza sobre el cuello del --

diente y se efectúan los movimientos de luxación, va sea la corona o fracción de ella o bien, parte de la -- raiz se fracturan, estas complicaciones suceden con mayor facilidad en órganos debilitados por caries, tratamiento endodóntico o por anomalías radiculares, por lo que no resisten el esfuerzo aplicado sobre la corona.

Además de la equivocada técnica de extracción utilizada, también el incompleto estudio radiográfico y -- clínico del diente a extraer, son factores que intervienen para que ocurra esta complicación.

Cuando se ha producido la fractura, la conducta a seguir es la de extraer la porción radicular que queda en el alveolo, es recomendable tomar una radiografía -- para observar la forma y disposición de la porción de -- diente que ha quedado.

Para el tratamiento de la fractura, se prepare el-

campo operatorio eliminando las esquirlas óseas y frac
ciones de diente en caso de existir, cohibir la hemo--
rragia para tener suficiente visibilidad. Los fragmen--
tos se retiran con pinzas, se lava la región con suero
fisiológico, se hace el secado con gasa y se aplica --
presión con otra gasa que contenga un vasoconstrictor--
como adrenalina, una vez que la hemorragia disminuye,--
se procede a realizar la extracción de dichos restos --
dentarios.

ACCIDENTES DE ORGANOS Y TEJIDOS ADYACENTES

Luxación y Avulsión. La fuerza extrema aplicada a
través del instrumento puede ser transmitida sobre los
dientes vecinos, y con ello luxar al diente o provocar
su avulsión. En el caso de luxación, se efectúa la com
presión de las tablas óseas y la fijación ortodóntica--
del diente. En el caso del diente avulsionado se prog--
de a su inmediata reimplantación en el alveolo.

Fractura de los dientes vecinos. Este accidente sucede por las mismas causas que provocan la luxación y la avulsión, es decir, por el exceso de fuerza que se aplica al diente a extraer. En el caso de que la fractura fuera a nivel de la raíz, entonces estaría indicada la extracción.

La fractura, la luxación y la avulsión, suceden con mayor facilidad en dientes que tienen poco apoyo proximal o carecen de él; en aquellos que tienen cierto grado de debilidad y en los que se encuentran apiñados.

Lesiones del seno maxilar

Perforación del piso del seno. Durante la extracción de los molares y premolares superiores, puede ocasionarse la perforación del seno maxilar, la cual obedece a razones anatómicas o a razones de instrumentación. Las de tipo anatómico de vecindad con el diente con el piso del seno, como consecuencia de la extracción, se

perfora esta estructura, aunque se trabaje con el mayor cuidado posible. En otros casos, los instrumentos utilizados en exodoncia, tales como cucharillas o elevadores perforan el piso sinusal, sobre todo cuando éste es muy delgado, lo cual facilita que el instrumento atraviese el hueso y desgarre la mucosa entral y así establecerse la comunicación. En ambos casos, se advierte inmediatamente el accidente porque el agua que se utiliza para enjuagar, pasa al seno y sale por la nariz.

El tratamiento más indicado para este tipo de comunicación, que es muy leve consiste en una torunda de gasa para que se favorezca la hemostasis o un punto de sutura para acercar los bordes y con esto último se pueden establecer mejores condiciones para contener el coágulo. Sin embargo, cuando el alveolo es grande, entonces se hace necesaria una intervención más laboriosa, la cual a groso modo se hace de la siguiente manera: se levanta el mucoperiostio tanto del lado vestibular como del lingual y se reduce la altura del reborde alveolar

en el lugar donde se encuentra la abertura. Los bordes de los tejidos blandos se aproximan entre sí, habiendo hecho incisiones alrededor de cada uno de los dos dientes adyacentes y hecha una incisión relajante en el paladar, después de avivar y levantar los colgajos, se despeza el mucoperiostio palatino con el fin de posibilitar la aproximación de los rebordes mucosos, por último se suturan los colgajos. Las suturas se dejan durante 5 o 7 días. Es importante prescribir gotas nasales para promover el drenaje y contraer la mucosa de la nariz.

Penetración de una raíz en el seno maxilar. Este accidente ocurre cuando la raíz de un molar superior, particularmente la de un tercer molar se fuga de su alveolo como consecuencia de las maniobras de la extracción dentaria, la cual puede pasar directamente al seno maxilar o desplazarse hacia los tejidos blandos ya sea de la parte vestibular o de la parte palatina, pero --

pero fuera del entro y dentro de la membrana sinusal.

Cuando se ha producido el accidente, debe tenerse la plena seguridad de que realmente la raíz se encuentra en el seno maxilar, porque de lo contrario, al cometer un error de diagnóstico, se traumatizaría al paciente inútilmente al someterlo a una operación más -- complicada.

Si se ha hecho un examen clínico cuidadoso y para el estudio radiográfico se emplearon preferentemente -- radiografías estereoscópicas y panorámicas y con el -- sondeo del área donde se encontraba el diente, se tiene la seguridad de que éste se encuentra en el seno ma. xilar y se tiene su ubicación exacta, entonces se podrá continuar con el tratamiento. Dentro del examen -- clínico es muy importante hacer la prueba de la valseva, que consiste en lo siguiente..

El paciente deberá expulsar aire fuertemente a través de la nariz al mismo tiempo que el cirujano dentista la obstruye con los dedos pulgar e índice.

Si realmente el diente o la raíz se encuentran en el seno maxilar, entonces existe una comunicación por la que se escapa el aire expirado, y que al escapar produce un silvido, esto junto con la hemorragia nasal y el sondeo del alveolo que ya se mencionó y las radiografías tomadas prueban que existe comunicación sinusal.

En este tipo de casos el abordaje para la extracción es el procedimiento de Caldwell-Luc. Pero en el caso de que el diente o raíz no se encuentre en el seno maxilar y esté en los tejidos blandos, entonces el tejido se incide, haciendo un colgajo lo suficientemente amplio de manera que pueda levantarse para buscar el diente perdido. Esta búsqueda se hace por vía vestibular.

Penetración de un diente a la fosa pterigomaxilar.

En este tipo de accidente se debe tener cuidado al hacer la incisión a fin de no tocar el paquete v&sculo-ner--vioso cuando se incide sobre el plano &scseo, también el coéligo debe ser despegado con sumo cuidado para asé -- evitar el desplazamiento del diente, el cual al localizarse, se retira cuidadosamente, en seguida se retiran las esquirlas &scseas en caso de existir y se regulariza la superficie; por último se lava y se sutura.

Penetración de fragmentos de dientes a la fosa ca-

nina. Una vez detectado el fragmento por la palpación y confirmado radiogréficamente, se procede a realizar una incisión en forma horizontal que va desde los tejidos -- blandos hasta hallar el hueso, entonces se procede a la búsqueda de los fragmentos, se retiran con una pinza, se lava abundantemente y se seca para asé examinar la super--ficie &scsea y si existe fractura de la tabla, se hace la--regularización y se sutura inmediatamente.

Desplazamiento de fragmentos radiculares al piso bucal. Una vez hecha la palpación y el examen radiográfico, se procede a la extracción por lo que se hace un colgajo en forma de ángulo mediante una incisión que va desde la parte media de la rama ascendente hasta un centímetro antes del alveolo por el lado mesial, se desprende la mucosa de los dientes respectivos, en esta parte se inicia y se termina hasta el fondo del surco.

Posteriormente se procede a desprender los tejidos muy cuidadosamente en tanto que el asistente hace compresión sobre el borde posterior de la rama ascendente, el ángulo de la mandíbula y el reborde basal correspondiente con el fin de obstaculizar la movilidad que esta pieza pudiera sufrir durante el proceso operatorio.

El colgajo debe separarse ampliamente, el campo operatorio se mantendrá seco para así poder examinar la cortical del hueso, si existen esquirlas, éstas se quitan y se hace la regularización para después lavar abun-

danamente y después suturar.

LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Heridas y desgarros. Estas lesiones se deben a procedimientos inadecuados, en la técnica de extracción, - sobre todo cuando se intenta evitar hacer un colgajo, - pero también pueden ocasionarse por la pérdida de control de los instrumentos por parte del operador, a las malas condiciones en que se encuentra el instrumental, - a la incorrecta sindesmotomía, al exceso de fuerza, a la incorrecta fijación de la cabeza o mandíbula del paciente.

Tanto las heridas como los desgarros pueden ser en la encía, en los labios, en la comisura labial, en el paladar o en el piso de la boca.

Una vez terminada la extracción, las partes que -- han sido desgarradas se unirán cuidadosamente por medio de puntos de sutura, sin embargo cuando se trata de leves heridas punzantes, la sutura no es necesaria.

Lesión de paquete vásculo-nervioso. La lesión puede ser por seccionar, aplastar o desgarrar todo el paquete o parte de él, como por ejemplo de un tronco nervioso.

Aunque el operador puede provocar este accidente -- en el momento de instrumentar, un factor que puede ser la causa principal de dicha complicación es la relación anatómica que el diente tiene con el conducto o también cuando la configuración de la raíz es anómala. dos raíces se encuentran abrazando al paquete vásculo-nervioso.

Debido a las estructuras que involucran, los accidentes más graves son los que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, el nervio dentario inferior y el nervio mentoniano. Las principales secuelas de este --- accidente son la neuritis, las neuralgias o parestesias y éstas últimas si bien pueden ser pasajeras, en otros--- casos pueden durar hasta seis meses si es que no son de finitivas, pero todo ésto depende del grado de la lesi-
ón.

Cuando existe hemorragia de la arteria se puede indicar el taponamiento compresivo, o la sutura que debe-
rá hacerse en forma muy cuidadosa sobre la parte descu-
bierta. Esto mismo deberá hacerse cuando se ha lesiona-
do el nervio..

LESIONES DE LOS TEJIDOS Duros

Este tipo de lesiones pueden ocurrir cuando se aplica una fuerza exagerada sin control táctil, cuando existe muy poca visibilidad o también cuando la dirección en la que se hace no es la adecuada, aunque podrían existir otras, estas causas son las más frecuentes en las lesiones que suceden en el tejido óseo, y éstas pueden ser: - fractura de tablas óseas, del reborde alveolar, de la tuberosidad o de alguna parte del maxilar o de la mandíbula, esto último cuando ya se trata de lesiones muy raras. Cuando la lesión sucede en el maxilar podría complicarse al haber una exposición del seno maxilar y más aún si se proyecta hacia él un fragmento.

En caso de este accidente deben interrumpirse inmediatamente las maniobras de la extracción a fin de no desgarrar los tejidos blandos.

Posterior a un detallado examen clínico-radiográfico, se incidirán los tejidos blandos, posteriormente se hace el legrado con la mayor delicadeza posible, se retira el fragmento, se lava abundantemente y se sutura.

Cuando los fragmentos son muy grandes, se lleva a cabo la reducción e inmovilización propias del tratamiento de la fractura.

Luxación de la Articulación Temporomandibular. Consiste en la salida del cóndilo de la cavidad glenoidea. En algunas ocasiones esta luxación va acompañada de lesión capsular y/o de los ligamentos.

La articulación luxada debe reducirse inmediatamente y el procedimiento a seguir es:

Al paciente sentado muy abajo y en ángulo recto, el operador deberá estar con los pies a cada lado del sillón frente al paciente, toma la mandíbula enérgica-

mente con las manos, los dedos pulgares se apoyan en las caras oclusales de los dedos pulgares o en los bordes alveolares según sea el caso, se ejerce fuerte presión, primero hacia abajo y luego hacia atrás y de esta manera es como se sortea la raíz transversa del cigomático, quedando así resuelto el problema.

C A P I T U L O

I I

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA
EXTRACCION DENTARIA

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

EN LA EXTRACCION DENTARIA

Hemorragias. La hemorragia como un accidente después de la extracción dentaria, puede presentarse en formas inmediata o en forma mediata.

Casi todo tipo de hemorragias se deben a la incorrecta técnica usada para la extracción, o también a las lesiones vasculares.

Es importante detener la hemorragia inmediatamente en el momento en que se produce. La falta de coagulación de la sangre puede ser por razones generales o a causas locales. Las causas locales obedecen a procesos congestivos en la zona de extracción, como granulomas, focos de osteitis, pólipos gingivales o a alguna otra lesión de tipo gingival que pudo haber sido ocasionado por gingivitis, desgarros de la encía, esquirlas que permanecen en la herida gingival.

Cuando la hemorragia es por lesión vascular, puede ser porque múltiples vasos capilares estén lesionados en la misma operación o porque la lesión haya sido en un sólo vaso sanguíneo de mayor tamaño. En estos casos se intenta detener la hemorragia en el momento en que se produce. Para la hemorragia capilar, primero se intenta la presión manual o la oclusión con una gasa impregnada de solución isotónica de cloruro de sodio (suero fisiológico) tibie, que se mantendrá por encima del tiempo normal de coagulación.

Cuando la maniobra anterior no es suficiente, entonces se recurre al tratamiento compresivo de la cavidad utilizando gasa iodoformada a la que pueden agregarse sustancias vasoconstrictoras o tromboblásticas.

Esta gasa permanecerá en el alveolo, haciendo varios cambios de ella y se iniciará su retiro y permanen

cia a partir de las 48 horas.

Otra alternativa puede ser la sutura de los bordes mucosos del alveolo después de la reducción, con este procedimiento, la compresión de la sangre acumulada en el alveolo aplasta al vaso y así se favorece la coagulación, también es importante el empleo sistemático de la sutura inmediatamente después de la extracción en cavidades muy amplias porque así se reduce en gran parte la posibilidad de que exista hemorragia.

Cuando la hemorragia se origina en los tejidos blandos se puede recurrir a la ligadura vascular, a las pinzas hemostáticas o a la electrocoagulación.

Si la hemorragia se produce varias horas después de realizada la extracción, se procede de la siguiente manera, se hace un lavado a presión, ya sea con agua oxigenada tibia o con suero fisiológico o con agua bidee-

tilada para que al limpiar la zona, se puede observar con claridad el sitio exacto que está sanando, en seguida se hace cuidadosamente el secado con gasa. Si el vaso sanguíneo es gingival y se tiene el equipo necesario, puede hacerse la hemostasis aplicando un punto de electrocauterio. Si la hemorragia es profunda, se procede a hacer el taponamiento de la cavidad con gasa que contenga medicamentos, sobre todo si después de varios días la hemorragia aún persiste, puede deberse ésta a infección del coágulo, siendo en este caso recomendable la terapia antibiótica local y consiste en poner el pulverizado de un comprimido (tableta) o espolvorear el contenido de una cápsula dentro del alveolo.

Algunas de las hemorragias que suceden de varias horas a varios días después, pueden obedecer a la constante presión que además es violenta debida a la fuerte masticación de comida muy dura o a que el paciente se -

toca constantemente con los dedos.

Alveolitis. Es una infección que se presenta en el alveolo dentario y que aparece después de la extracción, la cual constituye una complicación muy frecuente y la más molesta quizá. Se produce debido a la conjugación de varios factores para que pueda desencadenarse la infección, la cual tiene como una de sus características en cuanto a síntomas se refiere al dolor el cual es muy intenso.

Con respecto a la etiología de la alveolitis, como ya se mencionó se debe a la concurrencia de diversos factores, entre los cuales el principal es el traumatismo operatorio, que puede actuar junto con otros factores como los siguientes:

a) Anestesia local. Los productos químicos que se-

emplean en la anestesia local son un tanto tóxicos para el organismo y particularmente para los tejidos perialveolares, sin embargo debe hacerse notar que no todos los organismos tienen el mismo nivel de tolerancia hacia este tipo de sustancias químicas. por lo que con la intervención de otros factores, las condiciones infecciosas se exageran y se produce una alveolitis postoperatoria

b) Factores bacterianos. Dentro de la flora bucal algunos tipos de bacterias tienen el poder de producir con mayor facilidad infecciones y procesos inflamatorios. Sin embargo, a su vez este factor está relacionado con los mecanismos de defensa del organismo.

c) El estado general del paciente. Este factor que se refiere al estado de salud o enfermedad del paciente; y cuando este se encuentra sano, la alveolitis se presenta con menor frecuencia.

d) Factores traumáticos. Entre éstos se pueden mencionar la excesiva presión sobre las travéculas óseas - realizadas por el instrumental, así como también a las fresas cuando se hace cirugía sobre ellos

algunas otras causas además de las antes mencionadas son: la presencia de esquirias ósea, dentarias, el tártaro que existe en el alveolo, las complicaciones infecciosas de la cavidad bucal, la falta de higiene de la boca, lesiones periapicales y la falta de cuidados postoperatorios a la extracción dentaria.

Para diagnosticar la alveolitis se tiene un signo-patognomónico que es el dolor, el cual es muy intenso, continuo e irradiado. En el alveolo donde se localiza la afección se presentan sus bordes tumefactos, las paredes lingual y bucal presentan un color ligeramente rojizo y edematizadas. Todo el alveolo está recubierto -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

de un magma gris-verdoso y maloliente, y por esta característica al alveolo en este estado se le denomina alveolo seco. El hueso alveolar se encuentra expuesto al medio bucal, por lo que los detritus y demás restos alimenticios, los microorganismos y toda la placa bacteriana actúan directamente sobre el hueso alveolar.

La terapia a seguir consiste en calmar el dolor -- con la ayuda de un analgésico. Se recomienda hacer un examen radiográfico con el fin de ver el estado del -- hueso, bordes óseos, la presencia de cuerpos extraños-- raíces o secuestros.

Como parte del tratamiento se hace un lavado a presión con abundante suero fisiológico. Posteriormente se vuelve a lavar con una solución tibia de ácido fénico al 1% y también a presión, después del secado, con una gasa impregnada en agua oxigenada para tratar de --

dejar al alveolo lo más asépticamente posible. Pero -- cuando ésto no deje a esta cavidad completamente limpia puede utilizarse una cureta, que se maniobrará con mucho cuidado para no lesionar aún más las paredes alveolares.

Como paso siguiente se realiza el relleno de la cavidad alveolar con cemento quirúrgico que se renovará por lo menos cada doce horas, durante varios días.-- Si se conserva un coágulo normal puede dejarse para -- así contribuir a una pronta cicatrización.

Con la finalidad de evitar al máximo que se presente la alveolitis, al hacer la extracción dental se debe controlar lo siguiente:

Adecuada higiene bucal antes y después del proceso operatorio. Criterio cuidadoso en la elección de la técnica de extracción. Antisepsia de la zona a interve-

nir. Dosificación correcta del anestésico. Sindesmotomía adecuada y una tartrectomía previa si es necesaria. No dejar restos óseos o dentarios en el alveolo y hacer una correcta reducción de las tablas óseas alveolares.

C O N C L U S I O N E S

- Las complicaciones tanto operatorias como postoperatorias que se presentan en la extracción, en su gran mayoría se pueden evitar, siempre y cuando el cirujano dentista actúe con honestidad y profesionalismo, por lo que debe planear perfectamente el cómo realizar las extracciones, sólo así podrá investigar las dudas que se le presenten respecto a cada caso.
- El cirujano dentista debe valerse de todo tipo de exámenes para resolver atinadamente todo tipo de complicaciones que se presenten en la extracción.
- Para obtener mejores resultados el cirujano dentista debe motivar al paciente para que éste colabore lo mejor posible.

B I B L I O G R F I A

ARCHER W. Harry, Cirugía Bucal, Atlas paso a paso de técnicas quirúrgicas, Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, 1968.

ARCHER W, Harry, Cirugía Bucal, Editorial Mundi, Buenos Aires Argentina, 1977.

BRIN Herluf y Jens Erik Winter, Atlas de Cirugía Oral, Salvat Editores S. A. Barcelona, España, 1977.

KRUGER Gustav O. Tratado de Cirugía Foco-Maxilofacial, Nueva Editorial Interamericana S. A.. México D. F., 1983.

PASTORI Ernesto, Exodoncia con botadores, Editorial Mundi, Buenos Aires Argentina, 1977.

RIES Centeno Guillermo A. Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica, Editorial El Ateneo, 7a. Edición, -- Buenos Aires, Argentina, 1968.