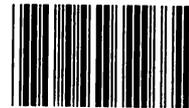


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

T E S I S  
HERNANDEZ  
ISLAS  
RAUL  
1984

TESIS



K(1) UNAM



Facultad de Odontología  
Div. de Est. de Posgrado e Investigación  
Biblioteca "Barnet M. Levy"

"DIENTES INCLUIDOS QUE CAUSAN MAS PROBLE  
MAS"

P O R

C.D. RAUL HERNANDEZ ISLAS

1 9 8 4



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



"DIENTES INCLUIDOS QUE CAUSAN MAS PRO-  
BLEMAS"

Aprobado por:

.....ARIEL MOSCOSO BARRERA.....  
C.D. Dr. O.

.....MANUEL SAAVEDRA GARCIA.....  
C.D.M.O.

.....MANUEL PLATA OROZCO.....  
C.D.M.O.

.....CARLOS GONZALEZ LUKASCEWICH.....  
C.D.M.O.

.....ROGELIO REY BOSCH.....  
C.D. Dr. O. Director de Tesis Rogelio Rey Bosch

"DIENTES INCLUIDOS QUE CAUSAN MAS PRO-  
BLEMAS"

P O R

C.D. RAUL            HERNANDEZ            ISLAS

T E S I S

Presentada como requisito para obtener  
el Grado de Maestría en Docencia Exo--  
doncia.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

## R E C O N O C I M I E N T O S

1. A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
2. CON AGRADECIMIENTO Y ADMIRACION, AL C.D. DR.O. RO  
GELIO REY BOSCH, POR LA MUESTRA DE INTERES Y ORIEN  
TACION PARA LA ELABORACION DE ESTA TESIS.
3. CON RESPETO Y ADMIRACION AL DR. MANUEL REY GARCIA.

## I N D I C E

|                           | Página |
|---------------------------|--------|
| INTRODUCCION .....        | 1      |
| MATERIALES Y METODOS..... | 10     |
| RESULTADOS .....          | 13     |
| DISCUSION .....           | 19     |
| RESUMEN .....             | 24     |
| CONCLUSIONES .....        | 26     |
| BIBLIOGRAFIA .....        | 27     |
| CURRICULUM VITAE .....    | 29     |

## INDICE DE GRAFICAS

- Gráfica 1: Porcentaje de mujeres y hombres que presentan dientes incluidos.
- Gráfica 2: Porcentaje de pacientes que presentaron dientes incluidos según edad y sexo.
- Gráfica 3: Porcentaje de terceros molares incluidos en maxilar inferior en mujeres y hombres, según edad y sexo.
- Gráfica 4: Cuantificación de frecuencia de dientes incluidos según edad y sexo.
- Tabla 1: Frecuencia y porcentaje de dientes incluidos de acuerdo al sexo.

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

Entendemos por diente retenido a aquellos dientes que una vez llegada la época normal de su erupción; queda encerrado dentro del maxilar correspondiente, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La erupción dentaria va a quedar obstaculizada por diferentes causas:

- 1.- Por razones embriológicas.
- 2.- Por obstáculos mecánicos
- 3.- Por causas generales.

La retención dentaria es un problema bastante frecuente dentro de la Patología Bucal, los problemas más comunes son: formación de bolsas periodontales afectando el aspecto distal de los segundos molares; la pericoronitis puede ser transitoria y leve: formación de quistes foliculares; hasta el caso de degeneración folicular formando un ameloblastoma y posteriormente un carcinoma franco con sus graves secuelas.

La mayor parte de los dientes incluidos causarán problemas a la larga. Por lo tanto es recomendable que tales - - dientes sean extraídos tan pronto se determine que no existe - el espacio suficiente o, que se encuentre en una posición anormal para la erupción, ésta decisión puede tomarse cuando el paciente tiene 16 ó 17 años de edad.

La extracción quirúrgica de dientes retenidos, debe realizarse bajo ciertas normas de cuidado, Historia Clínica, Análisis de Laboratorio, Estudio Radiográfico. Es importante contar con el equipo e instrumental necesario para cada especialidad.

La intervención quirúrgica debe realizarse en el menor tiempo posible, con lo cual se reduce el traumatismo y las infecciones postoperatorias.

## REVISION A LA BIBLIOGRAFIA:

El presente estudio se realizó con el fin de analizar los problemas que causan los dientes incluidos o no erupcionados. Cuando los dientes no toman sus posiciones normales funcionales dentro de la arcada dentaria, se les consideran incluidos o atrapados.

Los dientes incluidos provocan diversas complicaciones, tales como: el desarrollo de quistes foliculares, migración de dientes, además de la erosión de dientes adyacentes. Se han dado casos de degeneración del saco folicular formando un ameloblastoma y posteriormente carcinoma franco con sus graves secuelas<sup>13</sup>.

Los problemas comunes con relación a los terceros molares son infección y dolor, segundo en importancia se encuentran la pericoronitis que puede ser transitoria y leve o desarrollarse y provocar una grave infección que afecte los espacios aponeuróticos, causando considerable debilidad.

Los dientes que se inpactan con más frecuencia son los terceros molares inferiores, seguidos por los caninos superiores y los premolares inferiores. Esta frecuencia puede explicarse debido a que el tercer molar es el último diente que hace erupción en condiciones normales y cualquier infección que tienda a reducir el espacio existente para estos dientes le impedirá hacer erupción por falta de lugar<sup>13</sup>.

Dice RADASCH, que "los factores etiológicos de las inclusiones son exclusivamente de carácter embriológico. Sostiene que la inclusión se produce por trastornos de las relaciones afines, que normalmente existen entre el folículo dentario y la cresta alveolar durante las diversas fases de su evolución. Los cambios de evolución que sufren estas estructuras se producen como consecuencia de alteraciones en la formación de tejido óseo y que hace desplazar al folículo dentario".

La etiología de las inclusiones es más teórica que -- real y según su Autor<sup>3</sup> deberá ser tratada bajo tres encabezados o teorías diferentes:

Teoría Ortodóntica.- Debido a que el crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de los dientes, son en dirección anterior, cualquier interferencia con tal desarrollo causará la inclusión de los dientes. El hueso denso suele provocar retraso dental anterior y muchas afecciones patológicas, provocan una condensación del tejido óseo.

Teoría Filogenética.- La naturaleza trata de eliminar aquello que no se emplea, y nuestra civilización, con sus hábitos nutricionales cambiantes, ha casi eliminado la necesidad humana de maxilares grandes y fuertes. Como resultado de esta función alterada, el tamaño del maxilar y la mandíbula ha disminuído.

En muchos casos, el tercer molar ocupa una posición anormal, se encuentra mal formado y puede considerarse como un órgano vestigial sin motivo ni función además suele faltar por motivos congénitos.

Teoría Mendeliana.- Es posible que la herencia tal como la transmisión de maxilares pequeños de un padre y dientes grandes del otro pueden ser un factor etiológico importante en las inclusiones.

TARASIDO (1938) dice: "Que la causa más frecuente de inclusión del canino es la que tiene origen en el desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de las arcadas dentarias. Cuando por hábito adquirido o contracciones espasmódicas que se efectúan en los movimientos mímicos, tics y otras modalidades gesticulatorias, se produce un exceso de presión externa, que, sumada al final del día, no ha sido igualmente compensada por la presión interna, como la de la lengua, por ejemplo, llegará a alterarse el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal y es por sí sólo. especialmente en los niños, capaz de perturbar el crecimiento y detener el desarrollo de los maxilares".

Los dientes primarios se anquilosan ocasionalmente y no se exfolian a tiempo para permitir la erupción de los dientes que le siguen. En algunos casos hay ausencia congénita del definitivo, lo que puede ser un factor en el anquilosa---

miento del diente primario y su incapacidad de exfoliarse".

## CLASIFICACION:

La utilización de una clasificación ordenada para los problemas de inclusión, contribuirán al éxito del procedimiento, el objetivo de esta clasificación es crear una técnica ordenada para la evaluación y diagnóstico, así como para las técnicas quirúrgicas de los terceros molares<sup>13</sup>.

Una buena clasificación de inclusiones de terceros molares es el que ofrece Pell y Gregory<sup>5</sup>.

Esta clasificación se basa en la evaluación de la relación del segundo molar con la rama ascendente de la mandíbula, y la relativa profundidad del tercer molar dentro del hueso, así como la posición del tercer molar en relación con el eje mayor del segundo molar. Esto puede explicarse en detalle como sigue:

- 1.- Relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior.

CLASE I. Cuando existe suficiente espacio, entre la rama ascendente y el espacio distal del segundo molar para dar cabida a todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE II. Cuando el espacio entre la rama ascendente y el espacio distal del segundo molar es me

nor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III. Cuando toda, o la mayor parte del tercer molar se encuentra dentro de la rama ascendente.

2.- Profundidad relativa del tercer molar dentro del hueso.

Posición A. Cuando la posición más alta del diente incluido se encuentra al mismo nivel o por encima de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B. Cuando la posición más alta del diente se encuentra bajo la línea oclusal, aunque encima de la línea cervical del segundo molar.

Posición C. Cuando la posición más alta del diente se encuentra al mismo nivel, o por abajo de la línea cervical del segundo molar.

3.- Posición del diente en relación con el eje mayor del segundo molar.

a) Vertical.

b) Horizontal.

- c) Invertido.
- d) Mesioangular.
- e) Distoangular.

## M A T E R I A L E S   Y   M E T O D O S

## METODOS:

Para este trabajo se eligió la clínica periférica Naucalpan, de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M.

Dicha clínica se encuentra en el Municipio de Naucalpan, que está situado en la parte Suroeste del Estado de México. Se localiza entre los paralelos  $19^{\circ}31'18''$  y  $19^{\circ}23'06''$  -- de latitud norte y, los meridianos  $99^{\circ}12'48''$  y  $99^{\circ}21'42''$  de -- longitud Oeste del meridiano de Greenwich, su cabecera. La -- Ciudad de Naucalpan de Juárez, se ubica a los  $19^{\circ}28'40''$  de la latitud norte y a los  $99^{\circ}13'45''$  de longitud Oeste del meridiano de Greenwich.

Su población estimada en 1981, era de 1'353,028.6

Localidades; cuenta con 11 Colonias y 20 Fraccionamientos.

## Servicios médicos de Gobierno:

La Secretaría de Salubridad y Asistencia, tiene en Naucalpan cuatro Centros de Salud.

Centro de Salud " Remedios"

Centro de Salud " Molinito "

Centro de Salud " Independencia

Centro de Salud " Chamapa ".

También cuenta con:

Cruz Roja

I.M.S.S. "Unidad Cuauhtemoc"

I.S.S.E.M.Y.N.

D.I.F. Cuenta con 21 consultorios médicos y 5 consulto-  
rios dentales.

I.S.S.S.T.E. Hospital "Tecamachalco".

También cuenta con servicios médicos particulares.

Referente a la educación cuenta con:

- Primaria            89 Federales  
                          105 Estatales.
- Secundarias        27 Federales.  
                          14 Estatales.  
                          8 Telesecundarias.
- Media Superior    1 Colegio de Bachilleres.  
                          1 Colegio de Ciencias y Humanidades.
- Educacion Superior E.N. E.P., UNAM., Acatlán.

El presente estudio se realizó con 887 pacientes que-  
asistieron a la clínica de Exodoncia, de los cuales se selec-  
cionaron 105, que presentaron dientes incluídos, los cuales -  
ameritaban ser extraídos por medios quirúrgicos.

## M A T E R I A L E S

- Bisturí
- Elevadores de periostio o legbras
- Retractores
- Pieza de mano
- Elevadores.
- Sonda de Gilmore
- Lima para hueso
- Curetas
- Tijeras
- Sutura
- Pinzas hemostáticas.
- Aspirador bucal
- Forceps.

## R E S U L T A D O S

De acuerdo con los datos obtenidos en las historias - clínicas de pacientes que asistieron a la Clínica Periférica - de Naucalpan, para que se les prestara atención odontológica, se obtuvieron los siguientes datos:

De 887 pacientes que recibieron atención odontológica en la clínica de exodoncia, se seleccionaron 105 que presentaron problemas de inclusión, los cuales tenían que ser extraídos por métodos quirúrgicos.

De los 105 pacientes seleccionados 67 fueron mujeres y 38 hombres.

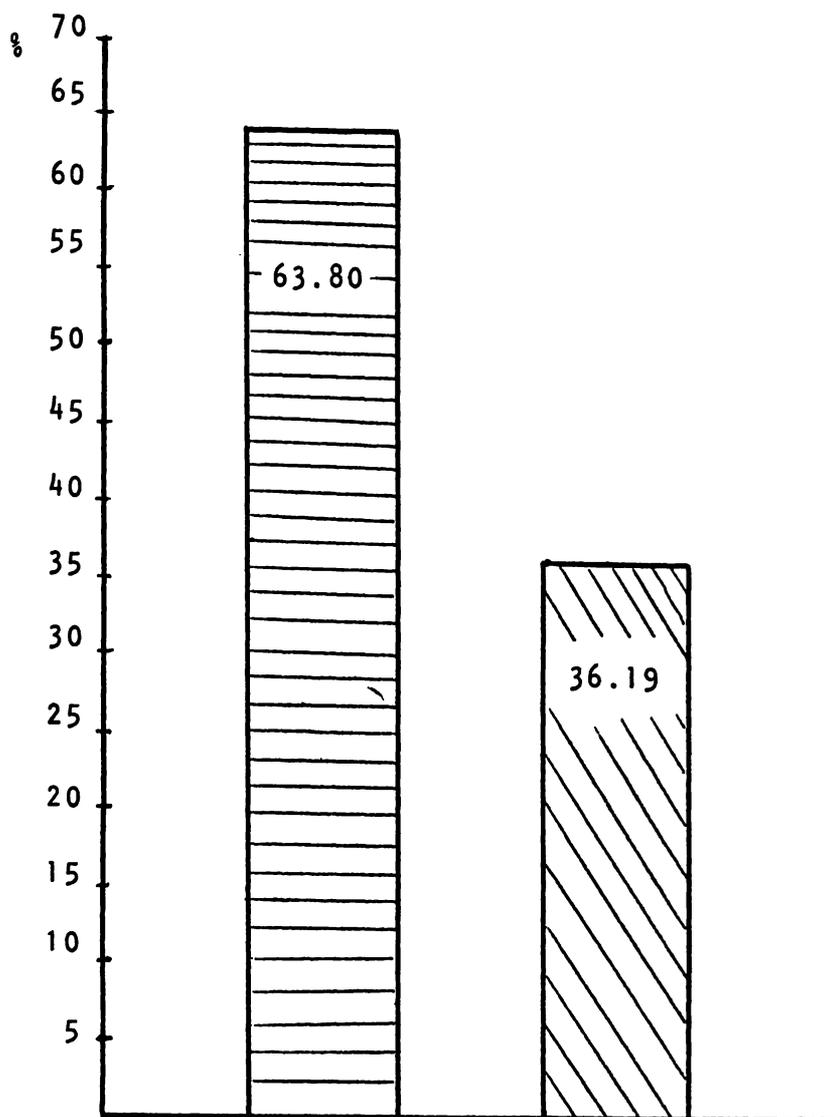
Los problemas de erupción que presentaron con mayor - frecuencia, fue a la edad de 18 y 20 años.

Se encontró que los dientes que están más predispuestos a la inclusión son los terceros molares inferiores seguidos de los superiores.

En la clasificación de dientes incluídos siempre fue - más alta en el sexo femenino que en el masculino.

GRAFICA No. 1

Porcentaje de mujeres y hombres que presentan  
dientes incluidos.



FEMENINO

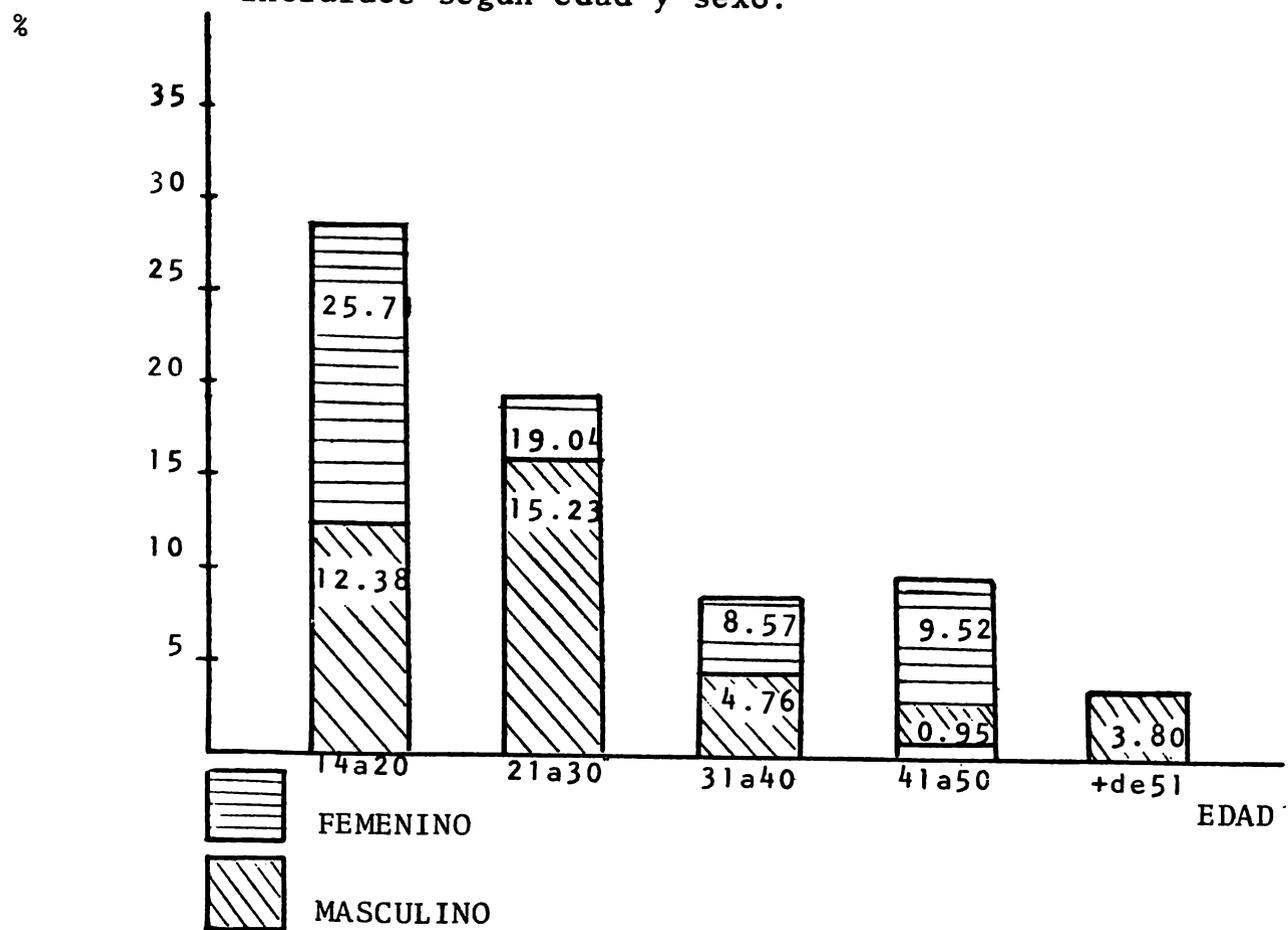


MASCULINO

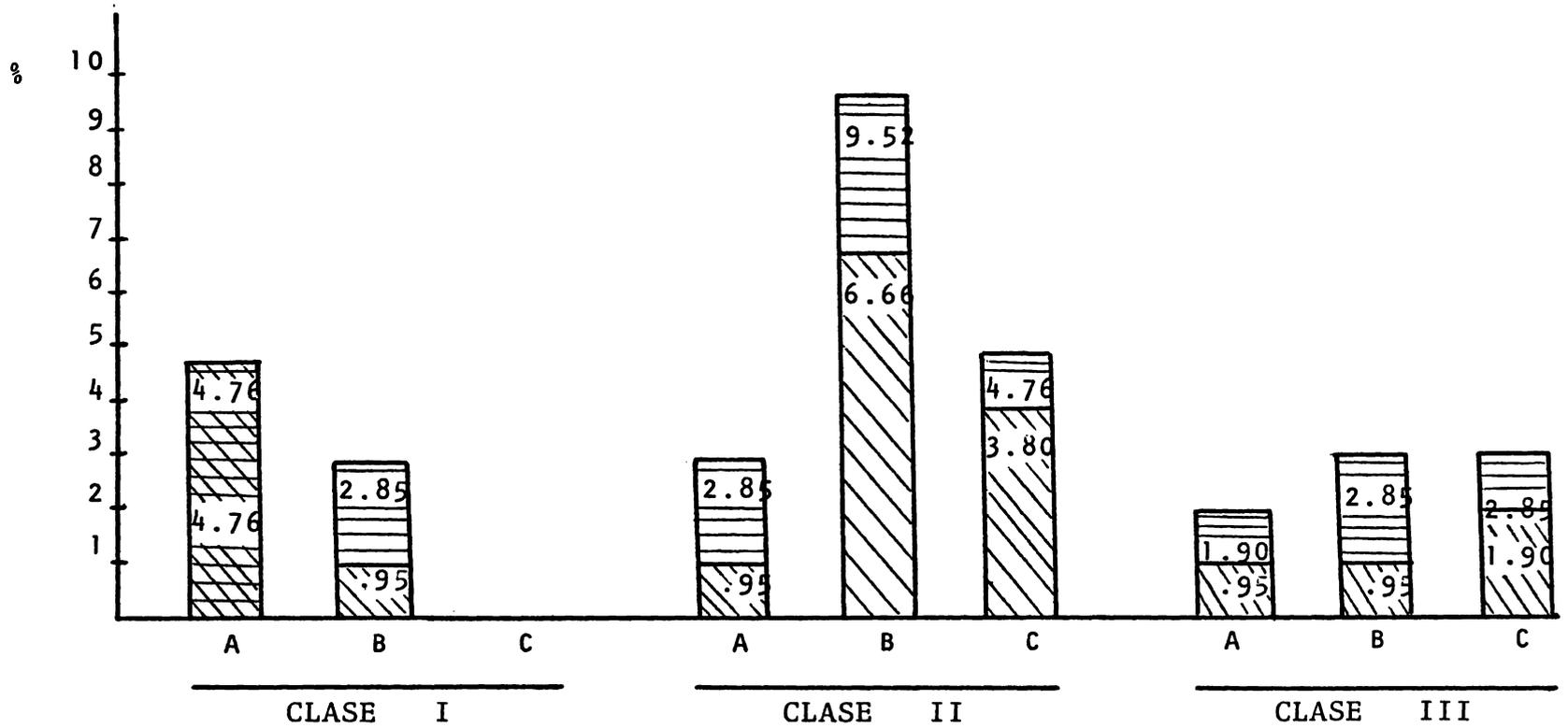
De 887 pacientes que asis-  
tieron a la clínica de exodon-  
cia, 105 presentaron dientes -  
incluidos ó semi incluidos.

GRAFICA No. 2

Porcentaje de pacientes que presentaron problemas de dientes incluidos según edad y sexo.



GRAFICA No. 3



FEMENINO  
 MASCULINO

Porcentaje de terceros molares incluidos en el maxilar inferior en mujeres y hombres, según clasificación de Pell y Gregory<sup>5</sup>.

GRAFICA No. 4

Cuantificación de frecuencia de dientes incluidos según edad y sexo.

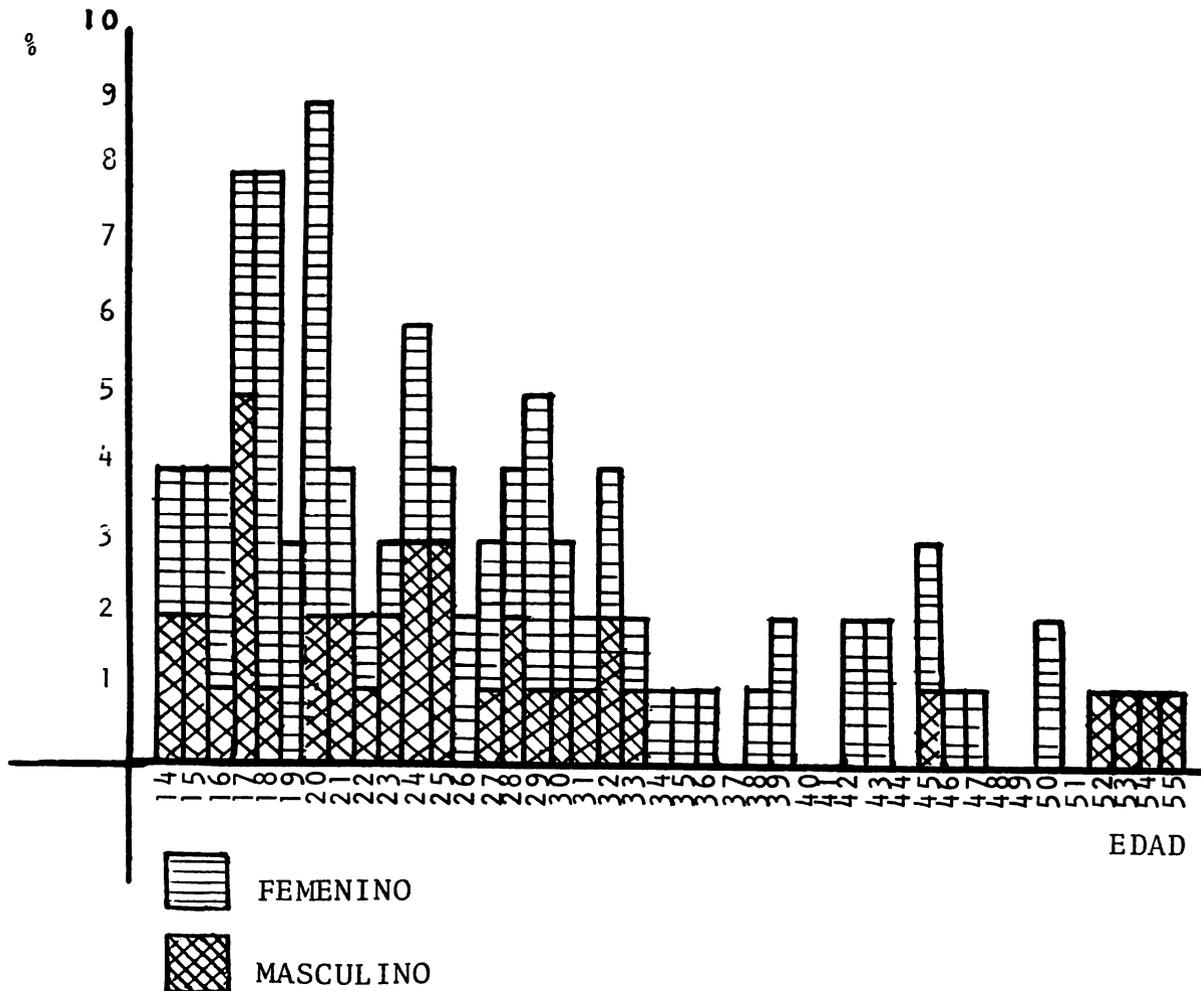


TABLA No. 1

|                                   |          | F  | M  | TOT | F %   | M %   | TOT % |       |
|-----------------------------------|----------|----|----|-----|-------|-------|-------|-------|
| TERCEROS<br>MOLARES<br>INFERIORES | CLASE I  | A  | 5  | 5   | 10    | 4.76  | 4.76  | 9.52  |
|                                   |          | B  | 3  | 1   | 4     | 2.85  | .95   | 3.80  |
|                                   |          | C  |    |     |       |       |       |       |
|                                   | CLASE II | A  | 3  | 1   | 4     | 2.85  | .95   | 3.80  |
|                                   |          | B  | 10 | 7   | 17    | 9.52  | 6.66  | 16.18 |
|                                   |          | C  | 5  | 4   | 9     | 4.76  | 3.80  | 8.56  |
|                                   |          | A  | 2  | 1   | 3     | 1.90  | .95   | 2.85  |
|                                   |          | B  | 3  | 1   | 4     | 2.85  | .95   | 3.80  |
|                                   |          | C  | 2  | 3   | 5     | 1.90  | 2.85  | 4.75  |
| TERCEROS<br>MOLARES<br>SUPERIORES |          | 24 | 12 | 36  | 22.85 | 11.42 | 34.27 |       |
| PREMOLARES<br>SUPERIORES          |          | 2  |    | 2   | 1.90  |       | 1.90  |       |
| CANINOS<br>SUPERIORES             |          | 4  | 1  | 5   | 3.80  | .95   | 4.75  |       |
| DIENTES<br>SUPER NUMERARIOS       |          | 4  | 2  | 6   | 3.80  | 1.90  | 5.70  |       |
| TOTAL                             |          | 67 | 38 | 105 | 63.74 | 36.14 | 99.88 |       |

Frecuencia y porcentaje de dientes incluidos  
de acuerdo al sexo.

## D I S C U S I O N .

Los resultados obtenidos por investigadores, acerca de las causas de inclusión son semejantes; en algunos casos, la extracción de un órgano dental retenido ya sea por razones embriológicas mecánicas o causas generales, tiene que ser extraído o eliminado del interior del hueso donde está ubicado para prevenir futuras alteraciones morbosas en el organismo de la persona tales como: Accidentes mecánicos, infecciones y tu morales.

Los accidentes mecánicos de los dientes retenidos actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, puede producir trastornos que se traducen sobre su anormal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica; la constante presión que el diente retenido ejerce sobre el diente vecino, se traduce en alteraciones en el cemento, la dentina y aún en la pulpa de estos dientes también puede haber procesos infecciosos periodontales de diferente intensidad e importancia.

Los accidentes infecciosos, se dan por la infección de su saco pericoronario, esta puede provocarse por distintos mecanismos o por distintas vías.

a) Al hacer erupción el diente 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 periodontal de un diente vecino.

c) La infección del saco pericoronario puede originarse por vía hemática. Debe ser considerados dentro de este título los procesos que se han originado como consecuencia de la caries en los dientes retenidos, producidos por retracciones y perforaciones, que pueden ser invisibles sin embargo comunican al diente con el medio externo.

Accidentes nerviosos; estos son bastante frecuentes - por la presión que el diente retenido ejerce sobre los dientes vecinos sobre sus nervios y sobre troncos nerviosos mayores, - es posible que originen neuralgias al trigémino de duración, - intensidad y tipo variables.

Accidentes tumorales, existen tumores de origen dentario, quistes dentígeros, que tienen un origen en la hipergene-sis del saco folicular a expensas del cual proviene. Todo diente retenido es un quiste dentígero en potencia.

## 1. COMPARACION DE TECNICAS DE CICATRIZACION:

Hay diversidad de opiniones relacionadas con la cicatrización, después de la remoción de terceros molares incluidos en mandíbula. Unos prefieren que cicatrice por intención secundaria, también incluyen el uso de drenaje. Otros el uso de una pequeña apertura en forma de V, posteriormente al segundo molar para facilitar una irrigación postoperatoria de la herida.<sup>16</sup>

Los hallazgos de estos estudios sugirieron que, después de la extracción de terceros molares mandibulares impactados, se utilice la técnica de cierre secundario, pues minimiza el dolor y edema postoperatorio proporcionando al paciente mayor confort.

El cuidado e higiene de esta técnica se efectúa mejor por el paciente que con la utilización de la técnica primaria en la cual ha habido desprendimiento.

Por lo tanto el procedimiento a escoger aparenta ser una ventana quirúrgica con cicatrización secundaria.

## 2. EDAD DE PACIENTES ASOCIADOS CON PROCESOS MORBOSOS EN LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES:<sup>14</sup>

Los procesos patológicos asociados con la retención de

estos dientes son muy conocidos, pero su incidencia no. Tampoco la incidencia operatoria y postoperatoria de problemas quirúrgicos han sido contados, aún habiendo problemas individuales reportados de complicaciones durante y después de la cirugía de terceros molares.

Se encontró que la intensidad del dolor estaba relacionado con la duración de la intervención quirúrgica y posición del diente. La inpactación horizontal causó más dolor postoperatorio. También la cantidad de trismus e inflamación, se debía a la duración del tratamiento y no a la sutura o daño del periostio.

El propósito de este estudio fue para definir la incidencia de morbosidad en operatoria y postoperatoria, asociado con la remoción de terceros molares mandibulares impactados en pacientes de edades variadas. Resultado de esta investigación demuestra incremento significativo de morbosidad, conforme los pacientes adquieren más edad. Cuando se ha determinado la extracción se recomienda que sea en el adulto joven.

### 3. LA RELACION DE LA EXTRACCION DENTAL CON LA ANGINA DE PECHO:<sup>15</sup>

La angina de pecho, es una síndrome clínico, el cual es el resultado de una isquemia miocardia y, se caracteriza -

por un dolor en el pecho descrito como pesades, presión, sensación de apretado, de ahogo y en casos más serios un dolor filoso o cortante. El dolor puede ser precipitado por factores emocionales o por ejercicio.

Como resultado de este estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

Primero.- El funcionamiento reservado del corazón deberá ser evaluado cuidadosamente durante el examen físico, análisis de laboratorio, pruebas y exámenes especiales.

Segundo.- La posibilidad de cambios en los estados hemodinámicos y en funcionamiento del Sistema Nervioso, durante procedimientos dentales, pueden provocar isquemia miocardiaca, deberá mantenerse en mente las preparaciones necesarias para estos casos.

Tercero.- El electrocardiógrafo, presión arterial, ritmo cardiaco, se deberá efectuar durante el procedimiento dental y el tratamiento postoperatorio.

Cuarto.- Si ocurre un ataque anginal o infartación miocárdica, se deberá efectuar el tratamiento adecuado tan pronto sea posible.

## R E S U M E N

El estudio se realizó en la Clínica periférica Naucalpan de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional - Autónoma de México.

Se seleccionaron 105 pacientes previo estudio clínico y radiográfico.

De estos 67 fueron mujeres y 38 hombres.

Se realizaron 109 extracciones quirúrgicas en total:  
Terceros molares inferiores:

|           |     |           |
|-----------|-----|-----------|
| Clase I   | A.- | 10        |
|           | B.- | 4         |
|           | C.- | 0         |
| Clase II  | A.- | 4         |
|           | B.- | 18        |
|           | C.- | 3         |
| Clase III | A.- | 3         |
|           | B.- | 4         |
|           | C.- | 5         |
| Total     |     | <u>41</u> |

Terceros molares superiores:

|                       |          |
|-----------------------|----------|
|                       | 39       |
| Premolares superiores | 2        |
| Caninos superiores    | 5        |
| Supernumerarios       | <u>6</u> |
| T o t a l             | 109      |

Se consideró también que al reducirse el tiempo en cada intervención quirúrgica hay menor traumatismo con lo cual se eliminan las infecciones postoperatorias.

Es muy importante valorar en cada caso si existe el es pacio suficiente para la erupción normal de los terceros molares, para que la intervención quirúrgica se realice de preferen cia en el adulto joven.

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

El término "inclusión" implica que el diente no puede surgir porque está bloqueado por otro diente, por otros dientes o por el tejido óseo que está encima.

Los dientes que se impactan con más frecuencia, son los terceros molares inferiores; estos frecuentemente son incapaces de hacer erupción, pero pueden no ser necesario considerarlos como dientes impactados.

La infección del saco felicular, se traduce por procesos de distinta índole: Inflamación local, con dolores y aumento de temperatura local, absceso y fístula consiguiente, osteitis, osteomielitis y estado séptico generales.

La inhabilidad para realizar una extracción de un diente incluido, están relacionados con el tiempo que dura la intervención, el trismus, la inflamación y el dolor postoperatorio.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.  
CLINICA DE EXODONCIA.

I.- INFORMACION GENERAL FECHA  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Motivo principal de la consulta \_\_\_\_\_

II.- ANTECEDENTES PERSONALES:  
Alimentación \_\_\_\_\_ Hipertensión \_\_\_\_\_ Hemofilia \_\_\_\_\_  
Higiene \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ Sífilis \_\_\_\_\_  
Peso \_\_\_\_\_ P. Nerviosos \_\_\_\_\_ Neoplasias \_\_\_\_\_  
E. Venéreas \_\_\_\_\_ Anémia \_\_\_\_\_ Tabaquismo \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

III.- EXPLORACION DE LA ZONA AFECTADA  
Diagnóstico \_\_\_\_\_

IV.- ESTADO ACTUAL  
Labios \_\_\_\_\_ Forma \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_  
Consistencia \_\_\_\_\_ Deformación \_\_\_\_\_  
Carrillos \_\_\_\_\_ Forma \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_  
Glándulas salivales \_\_\_\_\_ Piso de la boca \_\_\_\_\_  
Saliva \_\_\_\_\_ Frenillos \_\_\_\_\_  
Lengua \_\_\_\_\_ Forma \_\_\_\_\_ Volúmen \_\_\_\_\_

V.- RELACION DE LOS MAXILARES  
Forma \_\_\_\_\_ A.T.M. \_\_\_\_\_

VI.- ANTECEDENTES EN CONSULTORIO DENTAL  
\_\_\_\_\_

VII.- ESTADOS FISIOLÓGICOS EN LA MUJER  
Mestruación \_\_\_\_\_ Embarazo \_\_\_\_\_ Lactancia \_\_\_\_\_

VIII.- PRUEBAS DE LABORATORIO RAYOS X  
\_\_\_\_\_

IX.- TRATAMIENTO  
Indicada la extracción \_\_\_\_\_ Diente \_\_\_\_\_  
Analgésica indicada \_\_\_\_\_ Técnica empleada \_\_\_\_\_  
Prescripciones operatorias \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nombre del Dr. \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- LASKIN, D.M. Indications and contraindications for-  
removal of impacted third molars. Dent Clin N. Amer  
13:919-28 Oct. 1969.
- 2.- ASH, M.M. Jr. Costich, E.R. y Hayward, J.R. Study -  
of Periodontal Hazard of Third Molars J. Periodont  
33:209-219 Julio, 1962.
- 3.- DURBECK, W. The Impacted Mandibular Third Molar.
- 4.- MORRIS , H. Anatomic Considerations Pertinent to --  
General Practice of Oral Surgery.
- 5.- PELL G.J. y GREGORY, B.T.  
Impacted Mandibular Third Mollars: Clasification --  
and Modifield Technique For Removal Dental Digest--  
39-330-338 1983.
- 6.- EXTENSIVE BLEEDING FOCCOWING, EXTRACCTION IN PATI--  
-ENT UNAERGOIN CHRONIC HEMODILIASIS.  
STEPHEN B. MILAM.  
ROBERT L. COOPER.  
ORAL SURGERY.  
Vòl. 55, No. 1.- January 1983. Pag. 14.
- 7.- RVA J., The Splitbone Technic For Removal of Impac-  
ted Mandibular Third Molars J. Oral Surgery, 28:416  
-421, 1970.
- 8.- Roher, A.: Displaced and Impacted canines ortho and  
Oral Int. J., 15:1002-1020, 1929.
- 9.- DACHI, S.B., y HOWELL , F.V. A Study of Impacted --  
Teeth Oral Surgery, Oral Med; And Oral Pat: 14:1165

- 1169. octubre 1961.
- 10.- THILANDER. G. y JAKOBSON, S.O. Local Factores  
impactions of Maxilaty Canines , Acta Odont Scano  
26:145,168 Mayo 1968.
  - 11.- DR. EMMETT R. COSTICH.  
DR. RAYMOND P. WHITE J.  
Cirugía Bucal 1974.: 89, 90, 91.
  - 12.- Herluf Birn/ Jens Erik Winther.  
Atlas de Cirugía Oral 67-68-69.
  - 13.- DANIEL E. WAITE, D.D.S.: MS.  
CIRUGIA BUCAL PRACTICA.
  - 14.- ROBERT A BRUCE, D.D.S., Ms.  
GEORGE C. FREDERICKSON D.D.S., Ms.  
GILBERT. S. SMALL, D.D.S.  
242 JADA Vol. 101 Agosto 1980 pág. 240.
  - 15.- YAJURA YOSHIMURA, D.D.S., PH D.  
JOURNAL OF ORAL AND MAXILO FACIAL SURGERY.  
Vol.41 No. 6 Junio 1983 Pág. 365.
  - 16.- DAVID D. DUBOIS, Ms, PHD; MARVIN E. PIZER;  
ROBERT J. CHINNIJ.  
JOURNAL OF ORAL AND MAXILO FACIAL SURGERY.  
Vol. 40 No. 10 Octubre 1982. Pág. 631.
  - 17.- TECNICAS QUIRURGICAS DE CABEZA Y CUELLO.  
DR. ALBERTO PALACIO GOMEZ.  
Editorial Interamericana, S.A.

18.- GUAZZI M. et al. Left and right hemodinamies during spontaneous angina pectoris: Comparison between angina with ST segment depression and angina with ST segment elevation. Br Heart J 37:401. 1975.