



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER
MOLAR SUPERIOR INCLUIDO.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

ELSA PATRICIA MARTINEZ ROSALES



MEXICO, D. F.

B. Bourget

1984



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.

INDICE

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR INCLUIDO.

CAPITULO	I	INTRODUCCION
CAPITULO	I I	GENERALIDADES ANATOMICAS DEL-MAXILAR SUPERIOR
CAPITULO	III	ETIOLOGIA DE LA INCLUSION Causas de la inclusión Causas sistemicas de inclusi- ón.
CAPITULO	IV	ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TER- CER MOLAR SUPERIOR INCLUIDO
CAPITULO	V	CLASIFICACION DEL TERCER MO - LAR SUPERIOR INCLUIDO
CAPITULO	VI	HISTORIA CLINICA Aspecto Administrativo Aspecto Clinico
CAPITULO	VII	INSTRUMENTAL
CAPITULO	VIII	ANESTESIA
CAPITULO	IX	TRATAMIENTO A)Preoperatorio B)Transoperatorio C)Postoperatorio
CAPITULO	X	COMPLICACIONES CONCLUSIONES BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

INTRODUCCION

En la elaboración de esta tesis hago manifiesto mi interés por la Cirugía Bucal, ya que está íntimamente ligada a la Odontología de práctica general.

Describiré los diferentes tipos de malposiciones de los terceros molares incluidos, las enfermedades más comunes y ciertos estados Fisiológicos en los cuales deberemos tomar mayores precauciones al realizar dicha intervención.

Sabemos que un gran porcentaje de la población padece de estas anomalías, sumamente molestas y dolorosas para el que las posee; lo cual obliga al Cirujano -- Dentista a tener los conocimientos y la habilidad necesaria para elegir la mejor técnica y los instrumentos -- necesarios y así retornar al paciente a su vida cotidiana, sin molestia alguna.

Sin embargo debemos recordar que los riesgos de la Cirugía Bucal son varios y exige una preparación adecuada para la misma por lo que el Cirujano Dentista -- debe prepararse y superarse constantemente para su ejercicio profesional.

CAPITULO II

GENERALIDADES ANATOMICAS DEL MAXILAR SUPERIOR

El maxilar superior tiene una forma algo cuadrangular aplanada de fuera adentro.

En su cara interna, encontramos el límite de su cuarta parte inferior donde destaca un saliente llamado apófisis palatina; ésta es más o menos plana, su cara superior es lisa y forma parte del piso de las fosas nasales, tiene otra inferior rugosa, con muchos pequeños orificios vasculares que forma gran parte de la bóveda palatina. Su borde externo está unido al resto del maxilar, y su borde interno, muy rugoso se adelgaza hacia atrás y se articula con el mismo borde de la apófisis palatina del maxilar opuesto. Este borde hacia su parte anterior, se termina a favor de una prolongación que constituye una especie de semiespina nasal anterior.

El borde anterior de la apófisis palatina, es cóncava por arriba y forma parte del orificio anterior de las fosas nasales.

Su borde posterior se articula con la parte horizontal del palatino. A nivel del borde interno, por detrás de la espina nasal anterior, hay un surco que, con el del otro maxilar, forma el conducto palatino anterior por el cual pasan el nervio esferopalatino y una rama -

de la arteria esfenopalatina.

La apófisis palatina divide la cara interna del maxilar en dos porciones. La inferior forma parte de la bóveda palatina, es muy rugosa y está cubierta en estado fresco por la fibromucosa palatina. La superior más amplia, presenta en su parte posterior, rugosidades en las que se articula la rama vertical del palatino. Más adelante se encuentra un gran orificio u orificio del seno maxilar, el cual en el cráneo articulado queda muy disminuido en virtud de la interposición de las masas laterales del etmoides por arriba, del cornete inferior por abajo, del unguis por delante, y de la rama vertical del palatino por detrás.

Por delante del orificio del seno, existe un canal vertical o canal nasal, cuyo borde anterior se halla limitado por la apófisis ascendente del Maxilar Superior, la cual sale del ángulo anterosuperior del hueso. Esta apófisis en su cara interna y en su parte inferior tiene la cresta turbinal inferior, que se dirige de adelante atrás y se articula con el cornete inferior; por encima de ella se encuentra la cresta turbinal superior que se articula con el cornete medio.

CARA EXTERNA

En su parte anterior se observa, por encima del lugar de implantación de los incisivos, la foseta mirti-

forme, donde se inserta el músculo mirtiforme, foseta que está limitada posteriormente por la eminencia o giba canina. Por detrás y arriba de esta eminencia destaca un saliente transverso, de forma piramidal o apófisis piramidal. Esta apófisis la presenta una base por la cual se une con el resto del hueso, un vértice truncado y rugoso, que se articula con el hueso malar, tres caras y tres bordes. La cara superior u orbitaria es plana, forma parte del piso de la órbita y lleva un canal antero-posterior que penetra en la pared con el nombre del conducto suborbitario. En la cara anterior se abre el agujero suborbitario, terminación del conducto mencionado antes y por donde sale el nervio suborbitario. Entre dicho orificio y la giba canina, existe una depresión llamada fosa canina. De la pared inferior del canal suborbitario salen unos conductillos excavados en el espesor del hueso, y que van a terminar en los alvéolos destinados al canino y a los incisivos: son los conductos dentarios anteriores. La cara posterior de la apófisis piramidal es convexa, corresponde por dentro a la tuberosidad del maxilar y por fuera a la fosa cigomática. Exhibe diversos canales y orificios, denominados agujeros dentarios posteriores, por donde pasan los nervios dentarios posteriores y las arterias alveolares, destinadas a los molares.

De los tres bordes de la apófisis piramidal, el inferior es cóncavo, vuelto hacia abajo y forma la parte superior de la hendidura vestibulo cigomática; el anterior forma la parte interna e inferior del borde de la órbita, mientras que el posterior se corresponde con el ala mayor del esfenoides, formándose ambos la hendidura esfenomaxilar.

BORDES

En el maxilar se ven cuatro bordes:

Borde Anterior.

Presenta abajo la parte anterior de la apófisis palatina con la espina nasal anterior. Hacia arriba muestra una escotadura que, con la del lado opuesto, forma el orificio anterior de las fosas nasales, y más arriba el borde anterior de la rama o apófisis ascendente.

Borde Posterior.

Es grueso, redondeado y constituye la tuberosidad del maxilar. Su parte superior es lisa, y forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar y en su porción más alta presenta rugosidades para recibir a la apófisis orbitaria del palatino. En su parte baja, el borde lleva rugosidades, articulándose con la apófisis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis pteri -

goides. Esta articulación está provista de un canal que forma el conducto palatino posterior, por donde pasa el nervio palatino anterior.

Borde Superior.

Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita y se articula por delante con el unguis, después con el etmoides y atrás con la apófisis orbitaria del palatino. Presenta semiceldillas que se completan al articularse con estos huesos.

Borde Inferior.

Llamado también borde alveolar. Presenta una serie de cavidades cónicas o alvéolos en la parte anterior, mientras en la parte posterior llevan dos o más cavidades secundarias. Su vértice perforado deja paso a su correspondiente paquete vasculonervioso del diente y los diversos alvéolos se hallan separados por tabiques óseos, que constituyen las apófisis interdenterias.

ANGULOS

El maxilar superior presente cuatro ángulos, de los cuales dos son superiores y dos inferiores. Del ángulo anterosuperior se destaca la apófisis ascendente del maxilar superior, de dirección vertical y ligeramente inclinada hacia atrás. Aplanada en sentido transver-

sal, está ensanchada en la base, donde se confunde con -- el hueso que la origina. Su extremidad superior presenta rugosidades para articularse con la apófisis orbitaria-interna del frontal. La cara interna de esta apófisis -- ascendente forma parte de la pared externa de las fosas nasales mientras su cara externa, más o menos lisa y cuadrilátera, presenta una cresta vertical llamada cresta lagrimal anterior; por delante de la cresta se inserta -- el músculo elevador común del ala de la nariz y del labio superior; por detrás de la cresta forma la parte anterior del canal lagrimal. Sus bordes son en número de -- dos, se articulan, el anterior con los huesos propios de la nariz, en tanto que el posterior lo hace con el un -- guis.

ESTRUCTURA

La parte anterior de la apófisis palatina, la base de la apófisis ascendente y el borde alveolar están formados de tejidos esponjosos, mientras el resto del -- hueso se halla constituido por tejido compacto. En el -- centro del hueso existe una gran cavidad, denominada seno maxilar o entro de Wignore en forma de pirámide cuadrangular, de base interna y vértice externo. Por su forma en dicha cavidad se encuentran paredes, base, vértice y bordes. La pared anterior corresponde a la fosa canina donde se abre el conducto suborbitario y es muy delgado,

pues apenas alcanza un milímetro de espesor. La pared superior es el lado opuesto de la cara orbitaria de la apófisis piramidal y lleva, el conducto suborbitario, el cual con frecuencia comunica con esta cavidad. La pared posterior se corresponde con la fosa cigomática. La pared posterior se corresponde con la fosa cigomática. La pared inferior es estrecha y está en relación con las raíces de los dientes.

La base es en realidad parte de la pared externa de las fosas nasales. En ella se encuentra el orificio del seno, cruzado por el cornete inferior, de cuyo borde se desprenden tres apófisis. De éstas, la media oblitera la pared inferior del orificio del seno, dejando por delante del mismo una superficie donde desemboca el conducto lacrimonasal.

El vértice está vuelto hacia el hueso malar, y se corresponde con el vértice de la apófisis piramidal.

OSIFICACION

Se origina el maxilar superior mediante cinco centros de osificación que aparecen al final del segundo mes de vida fetal; el externo o malar, el orbitonasal, el anteroinferior o nasal, el interno inferior o palatino, y el último que forma la pieza incisiva, situado entre los centros nasales y delante del palatino.

CAPITULO III

ETIOLOGIA DE LA INCLUSION

Se les llama dientes retenidos, incluidos o impactados aquellos que una vez que en su época normal de erupción quedan obstruidos dentro de los maxilares; manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención del tercer molar superior puede presentarse en dos formas: cuando el diente está completamente rodeado por tejido óseo (retención intraósea) o el diente está cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

La incidencia de dientes retenidos que parece lógica es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares. Esto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar a los terceros molares superiores. En apoyo de esta teoría observemos la ausencia congénita de terceros molares superiores o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar.

Nodine señala que por lo menos desde hace doscientos años se ha creído a la civilización responsable de la disminución o falta total de estímulo que excite un desarrollo que provea de suficiente espacio para una erupción normal de todos los dientes. Este estímulo perdido es la fuerza necesaria para la masticación del alimen

to duro, con el consiguiente choque Nodine señala que las principales causas básicas de dientes incluidos o anormales en los adultos de Europa Occidental, Gran Bretaña e Irlanda, Estados Unidos, son la alimentación artificial de los bebés, los hábitos de la infancia y niñez, los alimentos dulces y blandos de niños y jovencitos, mezclas desproporcionadas.

CAUSAS DE INCLUSION

Berger nos da las siguientes causas de inclusiones:

- a) Irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente.
- b) La densidad del hueso que lo cubre.
- c) Inflammaciones crónicas continuadas con su resultante.
- d) Una membrana mucosa muy densa.
- e) Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.
- f) Indebida inclusión de los dientes primarios.
- g) Pérdida prematura de la dentición primaria.
- h) Enfermedades adquiridas tales como necrosis debida a infección o abscesos.
- i) Cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantemáticas en los niños.

CAUSAS SISTEMICAS DE INCLUSION

Berguer sugiere que las inclusiones se encuentran a veces donde no existen condiciones locales presentes.

Causas Prenatales:

- a) Herencia.
- b) Mezcla de Razas.

Causas Postnatales: (Influyen en el desarrollo del niño)

- a) Raquitismo.
- b) Anemia.
- c) Sífilis congénita.
- d) Tuberculosis.
- e) Desnutrición.

Condiciones Raras:

a) **Disostosis Cleidocraneales.** - Es una condición congénita muy rara, en la cual hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

b) **Oxicefalia.** - También conocida como cabeza cónica, presenta la parte superior de la cabeza puntiaguda.

c) **Progeria.** - Representa envejecimiento prematuro, es una forma de infantilismo que se caracteriza por una estatura pequeña, piel arrugada, cabello gris, ausencia de vello púbico y facial, en la actitud facial -

presenta actitudes y maneras de anciano.

d)Acondroplasia.-Enfermedad del esqueleto,empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo,con estas condiciones el cartilago no tiene un desarrollo normal.

e)Paladar Fisurado.-Es una deformidad que se manifiesta por una fisura congénita en la línea media.

Las mismas causas locales generales pueden ser factor etiológico de dientes en malposición o no erupcionados.

CAPITULO IV

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR INCLUIDO.

En el estudio radiografico se consideran una serie de puntos importantes:

a) La posición del tercer molar para clasificarlo. Cuando el tercer molar presenta su cara vestibular, verticalmente dirigida aunque el molar se encuentre en posición mesio o distoangular, su imagen radiográfica es aproximadamente normal. En las desviaciones hacia bucal o lingual, el molar aparece acortado en la radiografía, y en ciertos casos su parte radicular, por superposición de planos no es visible.

b) La posición del segundo molar, puede estar desviado hacia distal, además la posición y estado de la corona (integridad, caries, obturaciones, piezas de prótesis) y la posición y forma de las raíces.

c) El hueso que cubre la cara triturante. El estado, la cantidad y disposición del hueso que cubre la cara triturante del molar incluido deben ser estudiados en la radiografía. La existencia o ausencia del saco pericoronario deben ser consideradas; todas estas condiciones del hueso, indican la técnica a seguirse y el grado de osteotomía necesaria.

d) El tabique mesial en su forma y dimensiones, está dado-

por la posición del molar. En la posición vertical, estando en contacto el tercero y segundo, este espacio es nullo o mínimo. En la posición distoangular este espacio -- tiene una forma triangular, la base inferior. En este espacio mesial (previa resección del hueso) deben aplicarse los elevadores para extraer el molar incluido.

e) También la cantidad de hueso en la región distal puede ser variable. En algunas ocasiones la cara triturante del molar puede estar en contacto con la apófisis pterigoides.

f) Tomar en cuenta el tamaño, forma y estado de la corona del tercer molar superior. La corona puede ser más pequeña o más grande que la normal. La forma puede también apartarse de la normalidad. La corona en algunas ocasiones está disminuida en su resistencia por caries de grado variable. Aún en inclusión intraósea total, la corona puede estar profundamente cariada.

g) Las raíces del tercer molar, generalmente están fusionadas en una masa única. Pueden presentarse separadas y -- dirigidas en distintas direcciones pueden estar aún calcificadas.

h) El tercer molar en ciertos pacientes está muy vecino -- con el seno maxilar y en algunos casos sus raíces llegan a hacer hernia en el piso sinusal. La extracción del tercer molar puede ocasionar, en tales circunstancias, una co

municación patológica con el seno maxilar, o el molar puede ser proyectado en esta cavidad.

i) El molar puede estar en contacto íntimo con la apófisis pterigoides. Existe el peligro de fractura en los esfuerzos operatorios. La tuberosidad del maxilar susceptible de correr igual suerte y ser fracturada en el curso de una extracción, aún de la de un molar normalmente erupcionado.

j) Sobre la cara mesial se aplicará el elevador que luxará al molar. La radiografía debe indicar la facilidad de acceso a esta cara, o fijar la necesidad de una osteotomía del tabique mesial, para permitir la colocación del instrumento.

Para tomar una perfecta radiografía deberemos seguir las siguientes indicaciones: colocamos la arcada superior paralela al piso, la película debe ir horizontalmente en la boca del paciente centrándola sobre el tercer molar si el tercer molar se encuentra impactado, centremos la película sobre la región del tercer molar.

El borde inferior de la película debe encontrarse paralelo a las puntas de las cúspides del primero y segundo molar. Debido a la posición elevada del tercer molar (más elevada si el diente está impactado), la película debe adoptar una posición superior en el paladar de manera que pueda obtenerse una exposición adecuada.

Debemos instruir al paciente para que sostenga la película en su posición exacta con el pulgar o índice o puesto, al lado en el cual se colocó la película. Al colocar la película para esta exposición, puede aliviarse --- cualquier tendencia a las náuseas aplicando en el paladar anestesia tónica. Comprobemos que la arcada superior se encuentra paralela al piso.

Bisectar el ángulo para determinar la angulación vertical correcta. Debido a que la película descansa en una posición más horizontal o más plana en relación con la región palatina posterior, la angulación vertical positiva puede ser hasta de 45 o 50 grados después de bisectar el ángulo.

La angulación horizontal se determina dirigiendo los rayos centrales hacia la región de los terceros molares paralela a las superficies proximales de los molares.

Dirijimos invariablemente el rayo central al centro de la película. Existe un mayor volumen de hueso en esta región que tiende a absorber más rayos X. Para compensar esto, puede ser necesario un ligero aumento en el tiempo de exposición, de acuerdo con los deseos del dentista.

Si la película no se coloca correctamente, no debe tomarse la exposición porque nuevamente se tendría que tomar otra radiografía y muchas veces es muy molesto pa-

ra el paciente y para el dentista.

Al colocar la radiografía del tercer molar superior, no debemos permitir que el paciente diga donde colocar la película porque saldría mal. Si el paciente se queje de que la película para la exposición se ha colocado demasiado atrás, le explicaremos la razón por la que debe colocarse correctamente y emplearemos rocío tópico de anestesia para liberar al paciente de la molestia de las náuseas, porque muchas ocasiones es por esta causa -- que no sale bien la radiografía.

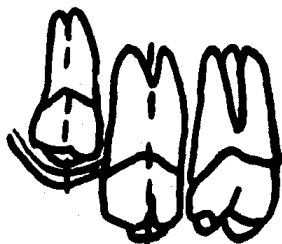
CAPITULO V

CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR INCLUIDO .

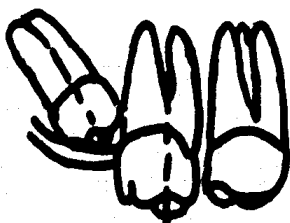
El tercer molar superior incluido, puede presentar en la posición anatómica variaciones que complican materialmente su extracción y aumentan la posibilidad de complicaciones operatorias y postoperatorias.

La retención del molar puede ser intraósea o submucosa. En este último término, pueden estar total o parcialmente incluidos. Las distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar en el maxilar superior, son:

a) Posición vertical. El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.



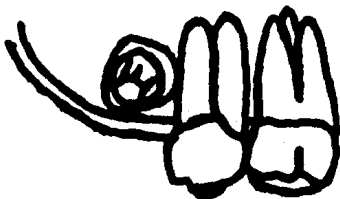
b) Posición mesioangular. El eje del molar incluido está dirigido hacia adelante. En esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior incluido impiden su normal erupción; son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o corona del segundo molar superior.



c) Posición distoangular. El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.



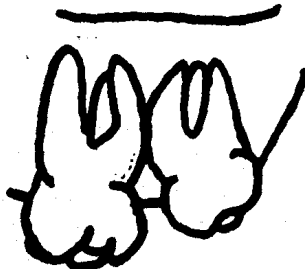
d) Posición horizontal. El molar está dirigido hacia el cigillo, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto.



INCLUSION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORE SEGUN SU POSICION ANATOMICA.

Profundidad relativa de los terceros molares superiores en el hueso:

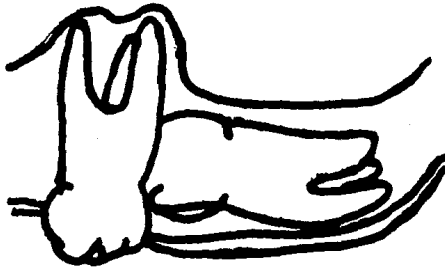
CLASE A. La porción inferior de la corona del tercer molar superior incluido está al nivel del plano oclusal del segundo molar.



CLASE B. La porción inferior de la corona del tercer molar superior incluido está entre el plano oclusal del segundo molar y la línea cervical.



CLASE C. La porción inferior de la corona del tercer molar superior incluido está en la línea cervical del segundo molar o por sobre ella.



Berten-Cieszynski ha clasificado la frecuencia con que los dientes incluidos se presentan en la siguiente tabla cronológica:

Tercer molar inferior	35%	Incisivo lateral superior	1.5%
Cenino superior	34%	Incisivo lateral inferior	0.8%
Tercer molar superior	9%	Primer molar superior	0.8%
Segundo molar inferior	5%	Primer molar inferior	0.5%
Cenino Inferior	4%	Segundo molar inferior	0.5%
Incisivo central superior	4%	Primer molar superior	0.4%
Segundo premolar superior	3%	Incisivo central inferior	0.4%
Primer premolar inferior	2%	Segundo molar superior	0.1%

CAPITULO VI

HISTORIA CLINICA

Tenemos que tomar en cuenta que una buena historia clinica nos evitará riesgos innecesarios, así como -- las complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente. Para la elaboración de esta se relacionará la presencia y valorización de los datos dados por el paciente en el diagnostico de anamnesis, que se efectuará mediante el interrogatorio, el que vendrá siendo definitivo cuando la valorización sea adecuada así como los datos informativos verdaderos que nos proporcione la historia clinica.

Generalmente la historia clinica se realizará mediante la historia personal (edad, sexo, ocupación, etc.). Será un factor de interés la historia clinica del examen médico pasado o presente del paciente, para saber por medio de ella, si existen enfermedades diatélicas, colitis, etc. Así también la importancia en la administración de medicamentos y reacciones alérgicas.

En la historia clinica se debe considerar que el paciente en ocasiones no nos describe el padecimiento -- claro ni cronológicamente, tampoco describe los síntomas con respecto al tipo, lugar del dolor exacto, duración, relación con otras funciones, etc.

Dentro de la anamnesis, debemos considerar el estado psiquico del paciente, ya que en algunos casos refiere

trastornos que no presente o que tiene, pero disminuidos. En algunos casos (casi la mayoría), los pacientes ocultan los síntomas de la enfermedad por temor, porque piensan que pueden ser trastornos de gran malignidad, por esto al paciente se le deberá dar toda la confianza posible además, seguirá una observación y apreciación del aspecto físico del paciente (altura, peso aproximado, color de piel, marcha, etc.) apreciación de las anomalías visibles para recordarlas y tenerlas presentes, así como las peculiaridades de la habla, signos de nerviosismo, ansiedad, depresión y alguna dificultad para respirar.

Una buena historia clínica debe de constar de lo siguiente:

ASPECTO ADMINISTRATIVO

Lo consideraremos también como ficha de identificación, ya que va a tener los datos personales del paciente como son: nombre, edad, sexo, lugar de origen, tipo de trabajo, estado civil, fecha de historia clínica, etc.

ASPECTO CLINICO

a) Motivo de la consulta y enfermedad actual. Que es lo que lo lleva a la consulta. Registraremos los síntomas objetivos y subjetivos. Descripción exacta de la naturaleza y curso del padecimiento que motivo la consulta.

b) Interrogatorio o Anamnesis:

Antecedentes Heredofamiliares. Son los hechos relaciona--

dos a parientes sanguíneos, que sirven para valorar las--
tendencias hereditarias del paciente, o bien las posibili--
dades de adquirir determinadas enfermedades dentro de su
propia familia, como: trastornos cardiovasculares, enferme--
dades hemáticas, estados alérgicos e infecciones, además -
de la presencia de antecedentes fímicos (tuberculosis), lu--
éticos (sífilis), y diatésicos (diabetes).

Antecedentes Personales patológicos. Es un resúmen
conciso de sus enfermedades, hospitalizaciones anteriores
especificando tiempo de iniciación, duración, complicacio--
nes, secuelas, tratamientos y en algunos casos el nombre -
del médico tratante (si es que lo hubiera). Además se inte--
rrogará sobre la presencia de trastornos fímicos, luéti--
cos, alérgicos, diatésicos, etc. así como traumatismos, muti--
laciones, transfusiones, etc.

Antecedentes personales no patológicos. Como ali -
mentación, higiene, costumbres, tipo de trabajo, etc. Los há--
bitos de tabaquismo y habiteción, informarán el método de
vide del paciente, sueño, dieta, ingestión de líquidos, etc.
Se considera el registro de medicinas que toma o tomó, --
nárcticos, reacciones medicamentosas, inmunologías. En al--
gunos casos es necesario conocer el aspecto socio-ecóno--
mico del paciente, debido a la naturaleza de la enferme--
dad.

c) Interrogatorio por aparatos y sistemas. Por medio de él

se reducen los riesgos quirúrgicos. Terapéutica empleada, esto se refiere a lo que el paciente ha hecho por controlar su enfermedad.

d) Exploración clínica. Es extrabucal, endobucal, del organismo en general si es necesario.

e) Diagnóstico de presunción. Reservado.

f) Plan de tratamiento, puede ser variado, pero con un resultado satisfactorio.

g) Pronóstico, puede ser o no reservado dependiendo de la magnitud del tratamiento quirúrgico.

h) Epicrisis. Juicio comprobatorio va en conjunción con lo anteriormente mencionado en secuela con la historia clínica.

Anestesia. Ve anticipada a la narración quirúrgica.

Narración Quirúrgica. Desarrollo durante la intervención.

Complicaciones.

Indicaciones. Pueden ser convencionales o especiales.

Fecha de su cita. Para control y la evolución hasta la alta definitiva.

Quando se llega a presentar alguna duda dentro de esta historia clínica y cuando el paciente está sometido a algún tratamiento general, se deberá consultar con el médico tratante por escrito o verbalmente si es posible para ver las condiciones físicas del paciente.

De todo lo expuesto en la historia clínica se va-

a considerar que sólo hay un diagnóstico, mientras que el tratamiento puede ser variado pero con un resultado satisfactorio como ya se mencionó anteriormente en el plan de tratamiento.

Diagnóstico de laboratorio. Nos es de gran utilidad ya que en el caso de la intervención quirúrgica de los dientes incluidos, interviene en el paso preoperatorio teniendo como objetivo el recuento globular, determinando el valor de la glucemia, así como los valores individuales de los componentes sanguíneos etc. y de tal forma evitarnos alguna complicación, ejem. en pacientes con trastornos luéticos o diatésicos, si no se conocen los valores próximos de los componentes sanguíneos y sin la respectiva administración de anticoagulantes, la complicación subsiguiente sería una hemorragia abundante.

En resumen, al paciente lo debemos considerar como una totalidad, pero concentrandonos en la región del padecimiento.

CAPITULO VII

INSTRUMENTAL.

El cirujano deberá vestir su filipina o bata, guantes quirúrgicos con una previa asepsia de las manos, cubreboca y cubrecabeza, para proteger el campo operatorio y protegerse de cualquier infección.

El instrumental que debe estar a la mano en un consultorio dental o clínica al llevar a cabo una operación de cirugía bucal son los siguientes:

Bisturí.- Usaremos el bisturí de Bard-Parker, que consta de un mango y una hoja corta, la hoja será del N° 15. También Mead creó un bisturí con una curvatura en forma de hoz, tiene filo en sus dos bordes; con este bisturí se pueden realizar incisiones en sitios poco accesibles - pues corta con los dos filos.

Tijeras curvas y tijeras rectas.- Las emplearemos para seccionar bridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajo excedentes, así como para la eliminación de puntos suturales.

Pinzas de disección.- Las emplearemos en la preparación de colgajos evitando el desgarro fibromucoso. Dentro de estas pinzas se encuentran: las dentadas, las de dientes de ratón, pinzas de Kocher, pinzas atraumáticas de Chaput, etc.

Legras, periostotomos y espátulas romas.- Las emple

aremos en el desprendimiento y separación de la fibromucosa incidida, para formar lo que se llama colgajo. Tipo de periostotomo: Mead. Tipo de espátulas: Freer.

Separadores de carrillos.-Los emplearemos con el objeto de evitar que sean heridos los carrillos. Se separan los colgajos para que no sean traumatizados, la función de separar los colgajos también se puede cumplir -- con el periostotomo o con una espátula roma de Freer.

Instrumentos de galveno y termocauterio; radiobisturfi o electrótomo.-La sección de tejidos gingivales la podemos realizar por métodos térmicos o eléctricos, con estos instrumentos también se pueden incidir abscesos, o destruir los capuchones que cubren el tercer molar.

Todo el instrumental mencionado anteriormente es para tejidos duros, el instrumental para tejidos blandos es el siguiente:

Escoplos y martillos.-Los usaremos para reseca el hueso que cubre el objeto de la intervención: la tabla externa de las extracciones del tercer molar incluido, el hueso palatino que protege a los caninos u otros dientes incluidos y en general la tabla ósea vestibular, para eliminar los quistes de distintos tipos, que se desarrollan en los maxilares. Los escolpos también los usaremos para seccionar dientes en la odontosección. Para realizar la osteotomía usaremos los escolpos de Barry, en la extracci

ón del tercer molar incluido.

Pinzas gubias.- Las usaremos para realizar la resección del hueso (osteotomía), se pueden usar las pinzas-gubias, rectas, o curvas, que extraen el hueso por mordiscos sobre este tejido, previa preparación de una puerta de entrada con los escoplos, o directamente, cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie del hueso.

Fresas quirúrgicas.- Las emplearemos con el mismo fin que los escoplos, pero con las características favorables de ser más prácticas y facilitar la osteotomía, además de evitar el shock que produce el escoplo y martillo. Las fresas quirúrgicas eliminan el hueso en su totalidad o bien, perforan partes vecinas, para posteriormente levantar con escoplos la tapa ósea. Debemos considerar que el empleo de fresas quirúrgicas se tiene que irrigar con agua esterilizada o suero fisiológico, para evitar el sobrecalentamiento del tejido óseo, que provocaría lesiones y secuestros óseos. Los tipos de fresas quirúrgicas que más emplearemos son: la de Schamber y la de Allport, también llegaremos a emplear fresas comunes de carburo de tungsteno ya que las de diamante se atascan con el hueso y ocasionan fricción, las fresas pueden ser: redondas del 5 u 8, o fresas de fisura del N° 560.

Limas para hueso (escofinas). - Nos sirven para la preparación de maxilares que van a llevar aparato de prótesis, o para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

Cucherillas para hueso. - Las emplearemos para eliminar de las cavidades óseas, granulomas, fúrgocidades, quistes, etc. Los rectos oacodados.

Pinzas de Kocher. - Las usaremos para la hemostasis de una arteria o vena que ha sido seccionada. La pinza de Kocher se usa en cirugía bucal como sostenedores de colgajos, o para tomar bolsas quísticas o tejidos patológicos, también sirve para eliminar trozos de hueso o de dientes, del interior de una cavidad.

Pinzas para extracción de piezas dentarias. -

Elevadores. - Las usaremos para movilizar o extraer dientes o raíces dentarias.

Pinzas para tomar algodón, gese, etc. para limpiar el campo operatorio. Nos sirve también para introducir mechas en el interior de las cavidades óseas, alvéolos o cavidades patológicas.

Agujas para suture. - Nos sirven para sostener los finos y delicados tejidos gingivales, que son tan propicios a desgarrarse usamos agujas sencillas, curvas o rectas de pequeñas dimensiones. Las agujas curvas son de dos tipos: cóncavo-convexas en sentido de sus caras, y cóncavo convexas en el sentido de sus bordes.

Porta-agujas.- Es una pinza que la usaremos para tomar la aguja en sentido de su superficie plana y la -- guía en sus movimientos.

Sutura.-Existen dos tipos de sutura, la absorbible y la no absorbible. En la primera la más usada es el catgut que es producida por la submucosa del intestino del borrego, que se prepara comercialmente en varios tamaños-- que van de 7-0, el cual es muy fino, hasta el número 3-0 -- que es más grueso. Existen dos tipos de Catgut, el simple y el crómico. El simple es usado cuando se requiere que -- se absorba de 3 a 5 días.

El crómico es utilizado cuando se requiere soporte para una herida por un período largo, de 15 a 20 días-- antes de que sea absorbido.

Sutura no absorbible es la más usada en planos de mucosa y piel, como lo es la seda que está hecha de hebra del gusano de seda y después se fabrica mediante torsión de las fibras de seda o trenzándolas. Los tamaños van de 6-0(fino) hasta el 4-0(grueso), la cual se impermeabiliza al suero tratándola con cera.

Origen vegetal.-Hilo de algodón, lino.

Origen sintético.-Nylón o dermalón.

CAPITULO VIII

ANESTESIA

Para una buena intervención quirúrgica es necesario hacer las siguientes maniobras preanestésicas:

Premedicación.- La premedicación se descuida en las anestésias infiltrativas, pero es un poderoso coadyuvante para su éxito. Desde luego no es necesario emplearla en todos los casos; en pacientes nerviosos y pusilánimes y en intervenciones largas y penosas, le administración de medicamentos antes de las anestésias troculares, ayuda y mejora sus efectos; los dolores postoperatorios se reducen.

Esterilización de las manos del operador.- Las manos del operador deben ser cuidadosamente lavadas y cepilladas.

Anestesia de la mucosa.- La punción anestésica es siempre dolorosa por lo que se tienen que tomar simples medidas y que hacen insensibles el rechazo de la aguja; se frota el sitio donde va a punzarse, con una torunda de algodón, mojada en una solución de cocaína al 10% o pantoína o pulverizaciones con benzocaína; se estiran los ligamentos, traccionando el labio o carrillo, para hacer la punción sin inconvenientes.

Esterilización de la mucosa.- En cualquier tipo de

anestesia intraoral debe esterilizarse la mucosa en el lugar de la punción. Previamente se hace enjuagar la boca al paciente, o se proyecta con el atomizador del equipo una solución antiséptica. Se pincela el lugar elegido con una torunda mojada en tintura de yodo y alcohol, tintura de yodo y glicerina o tintura de mertiolato.

Esterilización de la piel.—A través de la cual va a realizarse la anestesia extraoral. La piel debe ser lavada con agua y jabón, desengrasada con alcohol y pincelada con tintura de yodo o mertiolato.

Para hacer la extracción del tercer molar superior incluido se anestesia el nervio dentario posterior. Los nervios dentarios posteriores nacen del nervio maxilar superior, en la fosa pterigomaxilar, antes de la entrada de este último al conducto infraorbitario. En número, 2 o varios, se dirigen hacia abajo, abandonando la fosa nombrada, recorren la tuberosidad del maxilar y penetran por orificios en número variable (los agujeros dentarios posteriores y superiores) que se hallan situados en la tuberosidad a 2 ó 3 centímetros por arriba del ángulo distocervical del tercer molar superior. Los nervios dentarios posteriores se anastomosan con los dentarios medios y anteriores; inervan el tercer, segundo y primer molar superior. La anastomosis de los nervios dentarios forma el

arco nervioso: externo.

Vías de acceso.- A los nervios dentarios posteriores se puede llegar fácilmente por la cavidad bucal o también por vía extraoral o externa.

Vía Intrabucal.-

Instrumental.- Jeringa de 3 c.c. de capacidad y aguja de 4 centímetros de largo (calibre 8) Nevin y Puterbaugh aconsejan aguja gruesa con el objeto de ponerla siempre en contacto con la tuberosidad, evitando así falsas vías. La jeringa Caroule resuelve perfectamente el problema.

Posición del paciente.- Sentado, con la cabeza casi vertical, de manera que las caras triturantes de los molares superiores estén colocadas horizontalmente.

Posición del operador.- Para el lado derecho, el operador se coloca a la derecha del paciente; para el lado izquierdo, frente y a la derecha.

Técnica de la inyección.- El paciente entrea la boca para permitir al operador, con un separador o espejo bucal, estirar la comisura bucal del lado a anestesiar. - Con estos instrumentos o simplemente con los dedos índice y mediano de la mano izquierda se aparta el carrillo todo lo que permita su elasticidad, tratando de poner a la vista y bien alumbrada la región del tercer molar su-

perior.

Se toma la jeringa con la solución anestésica acostumbrada y se punza en el fondo del surco vestibular, y a nivel de la raíz distal del segundo molar. Después -- que la aguja ha atravesado, con su bisel hacia el hueso, -- la mucosa bucal y el buccinador, se depositan algunas gotas de anestesia y se avanza, en un ángulo de 45° con el plano oclusal de los molares superiores, llevando la punta de la aguja hacia arriba, atrás y adentro, en procura de los orificios dentarios superiores. Por lo tanto la jeringa debe ser dirigida afuera y abajo, en contacto con la comisura bucal, para lograr aquel efecto. La aguja debe penetrar 2 centímetros después que ha atravesado el surco. A nivel de los orificios buscados se depositan 2 c.c. de solución.

Es una gafa importante llevar la aguja siempre en contacto con el hueso, evitando así puncionar órganos anatómicos importantes, tales como la arteria maxilar interna, el plexo venoso pterigoideo externo; estas contingencias pueden producirse al llevar la aguja más de 2 centímetros atrás y arriba de los orificios dentarios. La punción de los vasos trae aparejados hematomas de consideración.

Vía Externa.-

Se puede llegar a los nervios dentarios posteriores por vía externa, vía que cita Seldin, pero a la que -- no le vemos utilidad. Aquellos casos en que está indicada son de tal importancia, que señalan la necesidad de la inyección del tronco del nervio maxilar superior.

Síntomas de la anestesia de los nervios dentarios.- Alcanzados los nervios dentarios posteriores, se consigue la anestesia de los tres molares y hueso, periostio pulpa, periodonto y encía a excepción de la raíz bucal -- del primer molar y la encía palatina de los tres dientes (que está inervada por el palatino anterior).

Los síntomas de la anestesia están dados por la insensibilidad de las regiones citadas. Para intervenir sobre el primer molar será necesario completar la anestesia, pues parte de este diente está en relación con el dentario medio. Una inyección submucosa a nivel del ápice de la raíz mesial cerrará el circuito. En caso de periodontitis del primer molar esta anestesia de los dentarios posteriores no es suficiente. Deberá recurrirse a la anestesia del nervio maxilar superior.

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA INFILTRATIVA

Sincope.-Es una reacción física a un estímulo psíquico(miedo) esto produce una vasodilatación general, y una disminución en el volumen de sangre que retorne al corazón. Esto da lugar a síntomas de vértigo, debilidad, náusea, sudoración y pérdida de la conciencia, pulso débil, sudoración fría y descenso de la presión arterial, pupilas dilatadas pudiendo llegar a convulsiones. El tratamiento es colocar al paciente en posición de Trendelenburg, se afloja la ropa del paciente, se le administre oxígeno y se succionan las secreciones de saliva, se le da aspiradores de nitrato de amonio que ayudará a estimular la conciencia, aplicar compresas frías en la cabeza, todo esto lo hará volver en sí.

Reacciones alérgicas.-Las reacciones retardadas son de menor gravedad y pueden ocurrir en cualquier momento, desde horas hasta días después de la inyección.

Son reacciones de sensibilidad, evitando el agente causal en el futuro se podrá prevenir otra vez reacciones. Los signos de una reacción leve son: comezón, hinchazón, urticaria, rinorrea o la combinación de ellas.

El tratamiento para estas reacciones menores es con antihistaminicos por vía parenteral o bucal.

Las reacciones alérgicas graves tienen como órganos de elección los pulmones y los vasos sanguíneos esto

se llama choque anafiláctico, hay descenso del pulso debido al colapso de los vasos sanguíneos, la respiración es lenta o cesa, y el paciente se torna inconciente. El tratamiento deberá ser rápido, manteniendo las vías aéreas adecuadas y libres, dar oxígeno, se coloca el enfermo con la cabeza hacia abajo y los pies hacia arriba, soluciones intravenosas.

Reacciones tóxicas.-Son debidas a sobredosis de anestésicos cuando el medicamento en la circulación alcanza cifras muy altas. Estas sobredosis se manifiestan por su acción sobre el sistema nervioso central cuando la sobredosis fue con anestésicos de tipo éster, provoca una estimulación que lleva a la alteración y excitación, dando hiperactividad, aprensión y confusión, agitación, el índice cardiaco y la presión sanguínea se encuentran aumentados pudiendo presentar convulsiones, después empieza a presentarse depresión del sistema nervioso central que puede variar desde un letargo hasta una inconsciencia. La presión cardiaca y la frecuencia sanguínea disminuyen y la respiración se deprime. En los anestésicos del tipo no éster se nota una depresión inicial sin un período previo de estimulación.

El tratamiento a seguir va de acuerdo al grado de toxicidad desaparece rápido sin ningún tratamiento y otras veces si es necesario mantener una vía abierta de -

respiración, colocar al paciente en posición supina con la cabeza por abajo del nivel del corazón, y dándole medicamentos que aumenten la presión sanguínea. Las convulsiones pueden controlarse con b \bar{a} rbituricos.

Idiosincracia.-Es una reacción desconocida que no encaja dentro de otras categorías de reacciones verdaderas a los medicamentos., estas reacciones pueden ser graves como las que ocurren con verdaderas sobredosis y deberán ser tratadas con medidas de resucitación.

Reacciones a agentes vasoconstrictores.-Los vasoconstrictores como la epinefrina tienen efectos negativos en pacientes que padecen hipertiroidismo ya que pueden estimular una crisis tiróidea.

Complicaciones debidas a la técnica.-

a) **Lesión a los vasos sanguíneos.**-La punción de un vaso sanguíneo origina un derrame de sangre sobre la región inyectada. Este accidente es muy común a nivel de los agujeros infraorbitario o mentoniano, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo. Este hematoma se trata con bolsas de hielo sobre el lugar de la inyección. Puede presentarse trismo en caso de que el hematoma se forme dentro de un músculo.

b) **Inyección de soluciones anestésicas en órganos vecinos.**-El líquido puede inyectarse en las fosas nasales, durante la anestesia del nervio maxilar superior; no origina inconvenientes. La inyección en la órbita, durante la

anestesia de los nervios dentarios anteriores o maxilar-superior, puede ocasionar diplopía, exoforia o isoforias, - que dura lo que dura el anestésico. No requiere ningún -- tratamiento.

c) Rotura de la aguja de inyección.- Es más frecuente en las anestésias tronculares. Se evita usando agujas nuevas no oxidadas, de buen material y jeringa Carpule. Pueden -- considerarse dos razones para que se produzca la rotura de la aguja: movimientos intempestivos del paciente y con tracción repentina del pterigoideo interno. En éste caso, la infiltración; como su fascia externa es rígida, ésta -- actúa como punto de apoyo para doblar y romper la aguja. El tratamiento inmediato, la extracción de la aguja, haciendo una incisión de los tejidos con un instrumento como hasta encontrar la aguja y extracción de la misma con una pinza de disección o una pinza de Kocher. Si la aguja no se observa porque quedo dentro de los tejidos se localizará con una radiografía de perfil y otra de frente--- mentonasoplaca). Con una aguja de guía colocada según la técnica que la empleada para la inyección troncular, y así tendremos una idea de la ubicación de la aguja, allí - donde suponemos que se encuentra la aguja se hace una in cisión vertical que llegue hasta el objeto y se disecan con un instrumento como los tejidos vecinos, una vez loca lizada se toma con una pinza de Kocher y se retira. La he

rida se sutura con uno o dos puntos de seda o nylon.

d)Infección en el lugar de punción.-Puede ocurrir al usar una aguja no estéril o por el paso de la aguja a través de una zona infectada.

CAPITULO IX

TRATAMIENTO

A) PREOPERATORIO.- Para efectuar cualquier técnica quirúrgica a la que se haya llegado mediante el diagnóstico(en este caso la extracción del tercer molar superior incluido) se van a emplear los pasos fundamentales a toda operación, que son:

Preoperatorio(estado general del paciente)

Transoperatorio-Dieresis, Operación, Sineresis.

Postoperatorio.

Consiste en la preparación de una paciente antes de la intervención quirúrgica, tomando en cuenta el estado de salud de su organismo, para así poder determinar si la operación se puede realizar sin peligro, o en caso contrario adoptar medidas que eliminen o disminuyan ese peligro. Cuando el estado general del paciente esté minado por alguna enfermedad como hiperglucemia, hemofilia, trastornos cardiovasculares etc. el primer paso a dar es el de poner en manos de un especialista para el control de su enfermedad; esto siempre y cuando la operación no sea de urgencia, ya que en este caso, se necesitará de los servicios del especialista, así como de los medicamentos de urgencia.

Las medidas preoperatorias indispensables a todo-

acto quirúrgico bucal se clasifican en:

1.-Medidas Generales.

2.-Medidas Locales.

Medidas Generales.-Dentro de estas, las más importantes en relación con el estado de salud del paciente, se dan por los datos de laboratorio como: Biometría Hemática, pruebas de tendencia hemorrágica, exámen de orina, etc.

La Biometría Hemática dará el valor del hematócrito o sea, el porcentaje de eritrocitos circulares, además de el número aproximado de leucocitos.

Pruebas de tendencia hemorrágica, determinarán el tiempo de sangrado, tiempo de coagulación y el tiempo de protrombina.

En la siguiente tabla, se mencionen los valores individuales aproximados de los componentes sanguíneos, con objeto de tenerlos presentes antes de efectuar el paso transoperatorio de la intervención quirúrgica.

Análisis de sangre.-El hematócrito nos presenta un índice el volúmen de los glóbulos rojos, se expresan en porcentaje después de que la sangre ha sido centrifugada.

Hematocrito-----Hombres-- 40 a 50%

Mujeres-- 35-a 45%

Leucocitos----- 4000 a 6000 x cm^3 de sangre

Polimorfonucleares----	60 a 70%
Linfocitos -----	20 a 30%
Monocitos -----	4 a 5%
Eosinofilos -----	1%
Basofilos -----	0.5%
Plaquetas -----	150000 a 300000 x mm ³ de - sangre.

Tiempo de sangrado.-El método de Duke para el tiempo de sangrado se hace con una pequeña incisión en el lóbulo de la oreja, con una aguja o punta de bisturi. Cada 30 segundos la sangre se recoge con un pedazo de papel absorbente. El tiempo sangrado es de 30 minutos.

Tiempo de coagulación.- Se colocan varias gotas de sangre en porta-objetos y cada minuto se pasa una aguja a través de una o dos gotas. Cuando la fibrina se adhiere a la aguja, la coagulación se ha llevado a cabo.- El tiempo normal de coagulación es de 5 a 7 minutos.

Tiempo de protrombina.-(METODO DE QUICK) Los tiempos de protrombina varían de un laboratorio a otro, pero pueden estar dentro de las cifras normales establecidas para cada laboratorio.

Puede variar de 9 a 30 segundos, según la actividad de una de las soluciones (troboplastina) que se utiliza en el laboratorio. Cada 48 horas se establece una norma para la solución de tromboplastina.

Análisis de laboratorio.-El examen sistemático de la sangre y de la orina algunas veces nos revelan estados que pueden complicar el procedimiento quirúrgico. El examen de la sangre debe incluir valor hematocrito cuenta de leucocitos, número de plaquetas y se pide al laboratorio como examen completo de sangre.

Examen de orina.-Generalmente se emplea para anestesia general, va a dar información de la existencia de elementos anormales de la albúmina, glucosa o acetona, siendo estos los que exigen un tratamiento previo.

Medidas locales.-Dentro de estas medidas se tiene:
a) Estado bucal.-De este se exige, que la cavidad esté en condiciones óptimas de limpieza, esto es: eliminación de tartario dentario, eliminación de raíces, obturación de dientes cariados o bien, agotando los recursos conservadores, su extracción. La cavidad bucal debe estar libre de afecciones de tejidos blandos. Las afecciones más frecuentes son: gingivitis, y en algunos casos le estomatitis, ya que también contraindican una operación debido a la proliferación bacteriana.

Hay dos factores importantes que se deben prever entre el paso preoperatorio y el transoperatorio, los cuales tienen como finalidad evitar la infección o el contagio, y son:

Esterilización del instrumental y Desinfección del campo operatorio y el Cirujano Dentista.

La asepsia y antisepsia son indispensables en todo acto quirúrgico.

Asepsia.- Del griego aseptos, que no se pudre; de A privativa, sépsis; putrefacción. Ausencia de materiales sépticos o carencia de gérmenes infecciosos. Hay dos clasificaciones de asepsia.

Asepsia Integral.- Técnica aséptica en la cual se esterilizan los instrumentos, ropa, manos del cirujano, el quirófano, el aire que circula en el quirófano.

Asepsia Fisiologica.- Combinación de métodos por los cuales el cuerpo elimina los gérmenes por sí mismo.

Antisepsia.- Del griego anti: contra, sepsis: putrefacción. Método que consiste en combatir o prevenir la llegada o reproducción de microorganismos. Los agentes más usados son las sustancias químicas.

Desinfección.- Es el acto de destruir todos los gérmenes patógenos que no producen esporas, esto es, los causantes de enfermedades transmisibles. Este método es aplicable a ropas personales y de cama, orinales y otros objetos de la misma índole.

Esterilización.- Son los métodos empleados para la destrucción de toda clase de microorganismos patógenos y no patógenos, incluyendo las esporas.

Hay agentes físicos y químicos y son:

Agentes Físicos.-Los de mayor empleo son el calor húmedo y calor seco. Para calor húmedo está el autoclave-este método generalmente destruye todos los organismos -- que forman esporas, incluyendo hongos. Proporciona calor - húmedo en forma de vapor saturado a presión. La combinación de humedad y calor es el medio más eficaz para destruir bacterias. Cuando se va a usar este método es recomendable colocar los instrumentos en un papel y cerrarlo, marcando en él la fecha de esterilización y su contenido del paquete, en esta forma durarán de dos a cuatro semanas. Otros materiales en los cuales se pueden envolver -- los instrumentos son el papel crepé, la muselina.

Los paquetes pequeños de instrumental pueden esterilizarse a una temperatura de 121° C y 20 libras de presión en un tiempo de 30 minutos.

Los guantes de hule se requieren una temperatura de 121° C, 15 libras de presión y un tiempo de 15 minutos.

Esterilización por calor seco.-Este método proporciona un medio adecuado para esterilizar instrumentos, -- polvos, aceite, vaselina, cera (para hueso), y otros artículos que no se prestan para ser esterilizados por vapor saturado a presión.

El calor seco no ataca al vidrio ni causa oxidación. Los esterilizadores actuales alcanzan una temperatura de 300° C y traen un reloj que marca en minutos, teniendo-

una escala de 60 minutos.

Agentes químicos.- A estos agentes se les denomina en Terapéutica como antisépticos o desinfectantes.

Esterilización con agua hirviendo.-El agua hirviendo alcanza una temperatura de 100 C° y algunas esporas bacterianas resistentes al calor pueden sobrevivir a esta temperatura por largos períodos de tiempo. Si se desea utilizar el agua hirviendo, se recomienda que empleen sustancias químicas para elevar el punto de ebullición del agua, aumentando así su poder bactericida. Resulta eficaz la solución al 2% de carbonato de sodio; 60 grs. de carbonato de sodio por cada 4 litros de agua destilada hacen una solución al 2%. Esta agua alcalinizada reduce el tiempo de esterilización y el contenido de oxígeno del agua lo que disminuye la acción corrosiva sobre los instrumentos.

Alcohol.-Se emplea para la antisepsia de las manos del cirujano, y para la conservación de ciertos materiales.

Tintura de Yodo.-En cirugía bucal debido a su alto grado de irritabilidad solamente se empleará en la antisepsia de puntos de punción de las agujas para anestesia.

Acido Pénico.- En solución alcohólica, se emplea para la desinfección de puntos de punción, además de te -

ner ligeres propiedades anestésicas. Diluido al 10% se emplea en la conservación de materiales de sutura.

Tintura de Yodo.-Se emplea para la pincelación de los espacios interdenterios, pincelación de los capuchones de los terceros molares, y pincelación de la región donde se practicará la incisión,

La conducta a seguir en el consultorio dental es la preparación adecuada tanto del cirujano dentista como del paciente, ya que la asepsia es importante para el éxito de la operación pues evita las infecciones cruzadas entre cirujano y paciente o viceversa. Se ha comprobado que las heridas quirúrgicas se contaminan principalmente por microorganismos que se encuentran en la mucosa o en la piel que se incide; además de que la cavidad bucal es un campo normal para la multiplicación de bacterias, y de que la nariz, boca y manos del operador son las más frecuentes de infección, en unión con la falta de esterilización del instrumental y la desinfección de los materiales que se emplean en el acto quirúrgico.

El Cirujano Dentista debe sustituir su traje de calle por ropa de lino, colocarse su gorro y cubrebocas, lavado de manos y antebrazos mediante cepillado a jabón y detergente con hexaclorofeno y agua durante 5 minutos mínimo, secado de manos con toalla estéril, colocarse una bata estéril con ayuda de un auxiliar, colocarse los guap

tes estériles.

AISLAMIENTO DEL PACIENTE

Se prepara la región que se va a incidir (campo operatorio), se lava con jabón y cepillo, se enjuaga y se aplica un antiséptico adecuado.

Se aisla el campo quirúrgico por medio de sábanas estériles, las que se aseguren con pinzas de campo.

En el paso preoperatorio tiene gran importancia-- la administración de sedantes sobre pacientes aprensivos con el objeto de evitar complicaciones durante la anestesia como son, los shocks o las convulsiones.

Una buena medicación preoperatoria, es la combinación de barbitúricos con antisialogogos ej: pentobarbital sódico y sulfato de atropina. Por lo general la administración es de .097 g de barbitúrico en la noche anterior a la operación y una hora antes de ella, otra dosis igual y .0045g de atropina. Esta dosis varía de acuerdo a edad, peso y condiciones físicas del paciente. Cuando los casos son muy difíciles, los barbitúricos se sustituyen por morfina: .015 g Demerol o 75-100 mg en caso de peligro (se reduce la dosis). A los pacientes que se les administran -- los sedantes, no se les debe permitir manejar ni desarrollar trabajos laboriosos y siempre deben ir acompañados-- al consultorio.

Los paciente del sexo masculino se presentarán --

rasurados el día de la operación y las pacientes del sexo femenino se presentarán sin maquillaje alguno.

**B) TRANSOPERATORIO
TECNICA QUIRURGICA**

Deben observarse los siguientes pasos para la extracción de los terceros molares superiores:

a) Hacer un examen visual y digital de los tejidos blandos, duros y dientes adyacentes y/o sobrepuestos al diente retenido.

b) Estudiar las radiografías del diente por extraer, los tejidos vecinos y dientes adyacentes.

c) Clasificar el tipo de retención.

Los factores que complicarán la técnica operatoria para la extracción quirúrgica de las retenciones del tercer molar superior son: proximidad del seno maxilar, ubicación del tercer molar en parte dentro de las raíces del segundo molar superior o inmediatamente por encima de ellas; fusión del tercer molar con las raíces del segundo, curvatura anormal, hipercementosis, proximidad al hueso cigomático del maxilar, densidad ósea extrema, especialmente en pacientes mayores, espacio folicular lleno con hueso, lo que se ve con mayor frecuencia en pacientes ancianos; dificultad de acceso al sitio operatorio, a causa del músculo orbicular de los labios o incapacidad para abrir la boca ampliamente.

Es muy difícil tener visión directa en esta zona si el músculo orbicular de los labios es pequeño y si el

paciente no puede abrir la boca ampliamente. La mejor visión será, en algunos casos, con la boca parcialmente cerrada, lo cual permite mayor tracción de las mejillas.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR EN POSICION VERTICAL.

El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El molar puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

a) Incisión.- Puede usarse la incisión de dos ramas que llamaremos bucal y anterosuperior. La rama anteroposterior se treza próxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada y en una longitud de un centímetro. La incisión bucal parte del extremo anterior de la primera incisión y se dirige hacia afuera, rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades de el surco vestibular donde termina. La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello. El colgajo se desprende según se ha señalado, con un periostótomo, y se sostiene con un separador.

b) Osteotomía.- El hueso que cubre la cara triturante se elimina con escoplos rectos o fresas. El hueso a nivel de la cara triturante es tan frágil, que puede ser eliminado con una cucharilla para hueso o con el mismo -

elevador. La osteotomía es menester, en todos los tipos de terceros molares superiores, ver, por lo menos, la cara bucal y mesial del molar incluido.

Vía de acceso a la cara mesial: la cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. Si es accesible, no se requiere ninguna maniobra previa, si no lo es, se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial, que impide la entrada del instrumento. La osteotomía a este nivel se realiza con escoplo recto, o con una fresa redonda.

c) Extracción.- Empleo de elevadores; tipos de elevadores rectos, con los números 1, 2 ó 14 de Winter, elevadores de Clev-dent.

Técnica de empleo de los elevadores: se penetra la punta del elevador en el espacio entre la cara mesial -- del tercero y la distal del segundo molar. La introducción del instrumento se realizará mediante un débil movimiento rotatorio que en su primer tiempo actúa como cuña. En esta primera parte de su movimiento el elevador consigue luxar el tercer molar.

Aplicación del elevador.- El elevador de Winter o el recto de Ash, se aplican, con su cara plana, sobre la cara anterior del diente. El instrumento debe estar dirigido en el sentido de una diagonal trazada sobre dicha cara.

Punto de apoyo.-El punto de apoyo útil es la cara distal del segundo molar, o el tabique óseo en caso de existir este último.

Movimiento del elevador.-Aplicado el elevador, separado el labio y carrillo con un espejo, se inicia suavemente el movimiento de luxación del molar retenido. Para abandonar su alvéolo, el molar debe movilizarse en el sentido de la resultante de tres direcciones de fuerzas: el molar debe ser dirigido hacia abajo, hacia afuera y atrás. Debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba adentro y adelante, con punto de apoyo en la cara distal del segundo molar. Luxado el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, puede ser tomado con una pinza para extracciones y eliminado con la misma técnica, -- que la señalada para la extracción del tercer molar superior normal.

d) Sutura.-Extraído el molar, revisado los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior, retirado el saco pericoronario con una pinza gubia, se aplica el colgajo en su sitio y se practican uno o dos puntos de sutura.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR EN POSICION MESIOANGULAR.

El eje del molar incluido está dirigido hacia adelante. En esta posición, la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides. Esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del tercer molar superior incluido impiden su normal erupción; son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o corona del segundo molar superior.

La extracción del tercer molar superior incluido en posición mesioangular debe estar condicionada por la dirección del molar y la cantidad de hueso distal. Algunas trabas pueden presentarse en esta extracción; la cantidad de hueso distal y el contacto con el segundo.

A nivel del maxilar superior, la elasticidad del hueso permite movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. El problema en este tipo de retención reside en la osteotomía distal y triturante y en la preparación de la vía de acceso necesita una mayor osteotomía en el lado mesial que en la retención vertical, porque el punto de aplicación del elevador ha de ser más alto. Para lograr este fin es necesario eliminar parte de la tabla ósea vestibular.

lar, que cubre la cara bucal del molar retenido.

La iniciación es igual que para el caso anterior. La osteotomía con los mismos procedimientos ya señalados para los otros tipos de inclusión (escoplos o fresas), requiriendo una mayor incisión de hueso distal, para descubrir el diente hasta el nivel de su cuello.

Empleo de los elevadores.-Se introduce profundamente el elevador, hasta llegar a aplicarlo sobre la cara mesial del diente. Los movimientos son los mismos, a excepción de que el molar debe ser dirigido primero hacia distal, para vencer el contacto mesial, y luego los movimientos del elevador dirigen el diente hacia abajo y afuera. En molares con raíces abiertas, con cementosis o dilaceradas, este movimiento debe ser hecho con lentitud y sin esfuerzos para evitar fracturas intempestivas.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR EN POSICION DISTOANGULAR

El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar hacia la apófisis pterigoides con la cual puede estar en contacto.

La rama enteroposterior de la incisión debe dirigirse más distalmente que en los casos anteriores para evitar desgarros de la encía.

Osteotomía.-Generalmente no hay hueso sobre la cara trituyente, ni hacia distal. Sólo es menester preparar la vía de acceso en el lado mesial.

Empleo de los elevadores.-Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y éste se dirige hacia abajo y atrás. Especial cuidado hay que tener en este tipo de retención, con la tuberosidad y la apófisis pterigoides. Movimientos bruscos pueden fracturarlas se emplearán los elevadores de Clev-dent o de Winter N° 14; estos instrumentos, actuarán en función de cuña o de palanca cumplirán su objetivo si pueden introducirse fácilmente entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercero. Para cumplir con este cometido será útil emplear en primer lugar, el elevador izquierdo para el lado derecho (y viceversa) y luego el elevador correspondiente. La exigüidad del espacio interdentario da más posibilidad para realizar esta maniobra.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR EN POSICION PARANORMAL.

El molar incluido puede ocupar diversas posiciones, que no se encuentran en la clasificación dada. Las distintas y variadas posiciones que pueden ocupar el tercer molar en ubicación paranormal, no permiten fijar una regla para su extracción del segundo molar y aún del pri

nero. Los molares colocados por encima de los ápices del segundo son mejor intervenidos practicando una incisión parecida a la que se emplea en la operación de Caldwell-Luc, como que la intervención radical del seno maxilar.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR EN POSICION HORIZONTAL.

El molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara trituyente puede ponerse en contacto, dando los accidentes que ya se han mencionado. La cara trituyente de molar suele también dirigirse hacia la bóveda palatina. El molar puede erupcionar en la bóveda.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES, CON SUS RAICES INCOMPLETAMENTE FORMADAS (GERMENES DEL TERCER MOLAR-SUPERIOR)

En el maxilar superior, se presentan terceros molares con sus raíces incompletas en su formación, que ubicados en diferentes posiciones, pueden producir accidentes mecánicos sobre la serie dentaria, siendo indicada su extracción. Como ocurre con el tercer molar adulto, el germen puede disponerse en las distintas posiciones estudiadas para aquél. La incisión debe permitir un amplio colgajo que descubra en gran extensión el hueso, para abordar-

la corona del molar. La osteotomía debe hacerse con escople, a presión manual o impulsado con martillo, en una extensión como para descubrir la cara oclusal, mesial y bucal; en la posición distoangular será necesario reseca - el hueso distal, la osteotomía para acceso de la cara me - sial debe ser extensa, para permitir la introducción de - un elevador Clev-dent, que es el instrumento ideal para - esto por la fineza de su hoja, esta se aplica sobre la ca - ra mesial del gérmen a extraerse y girando vigorosamente el mango se logra desplazar el molar hacia distal y ha - cia abajo, esta posición requiere una dirección, para li - berarlo de sus paredes óseas.

En algunas ocasiones no es suficiente la osteoto - mía bucal sino que habrá que buscar una puerta de entra - da para los elevadores de Clev-dent, realizando con esco - plo a presión manual, o con fresa redonda la eliminación del hueso que cubre la cara mesial, en la extensión y am - plitud suficiente como para permitir la colocación de -- los elevadores, debe ser efectuada con firmeza y pruden - cia; hay que recordar la proximidad de la apófisis pteri - goides y del seno maxilar, para evitar la fractura de la - primera introducción intempestiva del tercer molar en el seno, accidente común cuando no se procede con cautela.

Los molares con sus raíces incompletamente forma-

des poseen un amplio saco pericoronario que es necesario resecar con pinzas gubias y cucharillas para hueso.

C) POSTOPERATORIO

Se conoce como postoperatorio, el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud. La vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente - una vez terminada la misma.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma, y al campo operatorio que es la cavidad bucal y al estado general del paciente.

Primeramente se hará una higiene de la cavidad bucal, terminada la operación; será irrigada con agua oxigenada tibia para eliminar, sangre, saliva, restos que pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Una vez que se forme el coágulo el paciente en su domicilio hará lavados de su boca, cuatro horas después de su operación, con una solución antiséptica.

Usamos agentes físicos para el cuidado postoperatorio como el frío, que se usa con bolsas de hielo o toallas afelpadas mojadas en agua helada, que se colocan en la cara, en el sitio de la operación. Este frío evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene de los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los ede--

mas postoperatorios. Este frío se aplica durante 15 minutos con un descanso de 15 minutos, esto solo se aplica en los 3 primeros días después de la operación.

Podemos usar una solución de sulfato de magnesio (100 gr. en $\frac{1}{2}$ litro de agua) esta solución se usa fría en el lugar del agua, empujando una toalla y poniéndola en el lugar indicado; esta solución hará que disminuyan los edemas.

El calor es otro agente físico y consiste en colutorios calientes y compresas frías al exterior o viceversa. Se usa para madurar los procesos flogísticos y ayudar a la formación de pús; después del tercer día puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores postoperatorios. Después del segundo día la herida (en especial - las heridas mayores que las alveolares) será irrigada con suero fisiológico tibio o solución alcohólica del fenol-alcanforado. Al cuarto o quinto día extraeremos los puntos de sutura.

La primera comida la hará 6 horas después de operado; consistirá en una taza de té con leche tibio; 6 horas después podrá comer lo siguiente: extracto de carne, caldo con jugo de carne, puré de papas, dulce de leche, gelatina, huevos. Antes de despedir al paciente se le dan las instrucciones por escrito:

Una operación realizada en la cavidad bucal requiere de una serie de cuidados postoperatorios. Parte de éstos debe realizarlos el paciente; otros los realizará el cirujano dentista. Cuando llegue a su casa, después de la operación (aún una simple extracción dentaria) conviene guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto. Colocar una bolsa de hielo en la cara, sobre la región operada, durante quince minutos de descanso, por término de varias horas. No realizar ninguna clase de enjuagatorios -- al menos que se hubiera prescrito lo contrario, por el término de tres horas. Si se hubiera dejado en la boca -- alguna gasa protectora, retirarlas al cabo de una hora. -- Después de transcurridas las tres horas, realizar enjuagatorios tibios, con una solución de agua y sal. Estos enjuagatorios se repetirán cada dos horas. En caso de sentir dolor, tome una tableta del medicamento indicado. Se puede repetir este medicamento cada dos horas si el dolor no cesa.

Si tuviera una salida de sangre mayor que lo normal el paciente puede realizar un taponamiento de urgencia colocando sobre la herida un trozo apreciable de gasa esterilizada, sobre la cual se deberá morder durante -- 30 minutos. Llamar por teléfono al cirujano que realizó la intervención quirúrgica.

CAPITULO X

COMPLICACIONES

Existen complicaciones locales y complicaciones -
generales postoperatorias.

Dentro de las complicaciones locales tenemos las hemorragias primarias y secundarias. El tratamiento para la hemorragia primaria puede realizarse por 2 procedimientos: instrumental que tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra; este aplastamiento se hace comprimiendo bruscamente y traumáticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento romo. El otro es mecánico y se realiza mediante taponeamiento y compresión con un trozo de gasa. Si al volver el colgajo a su sitio y habiendo suturado, la hemorragia no cesa de los labios de la herida aún habiendo compresión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los vasos óseos sangrantes, se procederá a llenar la cavidad quirúrgica con un medicamento hemostático con el fin de aumentar su acción hemostática, este medicamento puede ser impregnado con: trombina, tromboplastina y adrenalina.

La hemorragia secundaria se ocasiona algunas horas o días después de la operación, desprendiendo el coágulo por algún esfuerzo del paciente o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia. El tratamiento

to es el siguiente mediante métodos locales y generales; el primero consiste en lavar la región que sangra con un chorro de agua caliente o que haga un enjuagatorio de su boca para retirar los restos del coágulo y la sangre que dificulta la visión. La hemostasis se realice por taponeamiento a presión, con gasa simple o medicamento esta gasa se deposita encima de la herida y comprimiendo sus bordes se mantiene con los dedos o bajo la presión masticatoria media hora y al cabo de este tiempo se retira la gasa con mucho cuidado. Será necesario ponerle al paciente un anestésico local, donde se localiza la hemorragia para que no sienta el dolor al realizar estas maniobras. El empleo de este anestésico permitirá la suturación sin ninguna molestia.

Métodos Generales..-Según la cantidad de sangre -- pérdida será el estado general del paciente (pulso, tensión, corazón) administrando tónicos cardiacos (aceite alcanforado, cardiazol) y se tratará de reemplazar la sangre -- pérdida por la inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes.

Hematoma..-Es la entrada, difusión y depósito de -- sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. -- El conocido tumor sanguíneo se hace voluminoso, cambio de color del lugar de la operación la piel y vecindades. La -- encia que cubre la región operatoria se pone turgente y --

dolorosa, y su aspecto es de inflamación. Puede llegar a supurar, dando a veces fiebre, escalofríos y repercusión ganglionar. Después de un tiempo el hematoma se reabsorbe y cuando supura, se trata como absceso, incidiéndolo con bisturí o absorbiéndose con una jeringa la sangre todavía líquida del hematoma. El hematoma puede originarse por desgarró o ruptura de un vaso en las maniobras de la anestesia (inyección a nivel del agujero infraorbitario).

Infección.-El proceso infeccioso postoperatorio sería la alveolitis.

Dolor.-El dolor postoperatorio será calmado con medicamentos. El frío colocado a intervalos sobre la región operatoria da calma en las primeras horas los dolores postoperatorios.

Cuando haya náusea postanestésica o dolor a la deglución que impidan medicar al paciente por vía oral se administrará analgésicos por vía rectal como supositorios.

Complicaciones Generales. Shock.-Es la complicación más inmediata debido a la anestesia o tratarse de un shock quirúrgico. Los síntomas son los siguientes: palidez sudoración fría en la frente, respiración ansiosa, mirada en un punto fijo, la nariz se hace afilada, el pulso disminuye de frecuencia; esto se mantiene por breves minutos.-

El tratamiento de ésta lipotimia causada por el miedo a la operación será; se suspende la intervención, se coloca al paciente horizontalmente con la cabeza más baja que el cuerpo, para combatir la anemia cerebral, es útil la administración de oxígeno al 100% con la careta para la anestesia general, se inyectará por vía intramuscular vasoconstrictores del tipo que deben tenerse en la mano en el consultorio, junto con la jeringa esterilizada lista.

CONCLUSIONES

Es de gran importancia saber el estado de salud de una persona mediante el estudio de las diversas -- regiones que los constituyen así como aparatos y sistemas. Para determinar si se puede efectuar la intervención y así mismo poder mantener su perfecto estado de salud.

Los dientes incluidos no erupcionados o en mal posición deben extraerse para evitar infecciones, reabsorción patológica de estructuras adyacentes, dolor y otras complicaciones.

Tener un profundo conocimiento de las estructuras anatómicas del maxilar en cuanto a las ramas del trigémino.

Al realizar la cirugía bucal se exige una iluminación perfecta, un instrumental apropiado y elegir una buena técnica por la pequeñez del espacio donde se realiza la operación.

La extracción del tercer molar superior incluido es la búsqueda, por medios mecánicos e instrumentales de su eliminación del interior del hueso donde está ubicado aplicando los principios de la extracción por espandamiento del hueso.

Básicamente la inclusión de los terceros molares superiores así como inferiores puede ser debida a la-

falta de estimulación existente, también a un desarrollo adecuado tanto en el maxilar como en la mandíbula que provee el suficiente espacio para su erupción normal.

En presencia de infección es aconsejable posponer la extracción de cualquiera de los terceros molares hasta haber logrado un absoluto control de la misma.

Durante el acto quirúrgico debemos ser sumamente cuidadosos para evitar lesiones atrogénicas y presentar accidentes incontrolables.

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

1.- OPERATORIA DENTAL

Dr.Araldo Angel Ritecco

4a.Edición

Editorial Mundi

Pág.31-32

2.- ANATOMIA HUMANA

Dr.Fernando Quiroz

Tomo 1

Editorial Porrúa

Pág.112-118

3.- RADIOLOGIA DENTAL

Dr.Richard C O'Briend

Editorial Interamericana

Pág.66-70

4.- ANESTESIA

Dr.Leonard M.Monheim

3a.Edición

Editorial Mundi

Pág.311-314

5.- CIRUGIA BUCAL

Dr.Guillermo A.Ries Centeno

6a.Edición

Editorial el Ateneo

Pág.124-128,300-307,354-369,

407.

6.- CIRUGIA BUCAL**Dr. Guillermo A. Ries Centeno****7a. Edición****Editorial el Ateneo****Pág. 170-175, 408-417****7.- TRATADO DE CIRUGIA
BUCAL****Dr. Gustavo O. Kruger****4a. Edición****Editorial Interamericana****Pág. 1-50, 82-85.**