

163
28/01

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.



CONCEPTOS FUNDAMENTALES PARA LA
PRACTICA PRIVADA DEL TRATAMIENTO
QUIRURGICO DE TERCEROS MOLARES
INFERIORES RETENIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE;
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
FEDERICO GONZALEZ BRETON

San Juan Iztacala, México, 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.

PROLOGO

El hombre aparece en la tierra sufriendo a través de su historia cambios morfológicos. Este tipo de cambios, los ha ido desarrollando para su propia ---subsistencia; a esto lo conocemos con el nombre de Evolución Humana.

Entre los procesos evolutivos actuales, encontramos el de la desaparición de los terceros molares inferiores.

Una de las causas principales de este proceso, es el tipo de alimentación que se consume actualmente.

El hombre por medio de la tecnología desarrollada por él, produce para su consumo, alimentos de consistencia completamente blanda provocando con esto una menor fuerza en la masticación y así mismo la desaparición por falta de uso de los terceros molares inferiores.

En la actualidad este proceso de desaparición, lo encontramos en su fase de retención sin el espacio suficiente para su exfoliación, quedando retenido - en el maxilar.

En ocasiones el germen del tercer molar inferior, no llega a formarse y en - otras, se impacta en el órgano dentario adyacente. Rara vez lo encontramos en posición ectópica.

La retención de terceros molares inferiores, normalmente provoca algún tipo de patología en nuestro sistema ortognático.

Esta retención del tercer molar inferior, nos produce malposiciones en órganos dentarios contiguos, giroversiones de los mismos y en ocasiones hasta la reabsorción de sus raíces.

Otro tipo de problemas que provoca esta retención es la parodontal, pues en sus movimientos de exfoliación, produce una inflamación y por esto mismo, -- acumulación de alimentos en la encía a nivel de segundo molar inferior pro -

...

vocando con esto absesos paradontales, inflamación y dolor en esta zona.

La retención de terceros molares inferiores al provocar malposiciones en --
órganos dentarios, nos trae como consecuencia las maloclusiones, siendo és-
tas patológicas para la articulación temporomandibular, por esto, es deber-
del especialista en Oclusión, tomar en consideración una retención del ter-
cer molar inferior.

Como podemos darnos cuenta, en todas las ramas de la Odontología debe consi-
derarse una retención, pues mucho depende de ésto, el éxito en nuestros tra-
tamientos.

Por medio de esta tesis es un honor para mi el poder proporcionar las dife-
rentes clasificaciones de retenciones en terceros molares inferiores, además
de análisis previos a la odontectomía e instrumental adecuado y su manipula-
ción. Y, principalmente, las técnicas basadas en estudios de Cirujanos Buca-
les para la odontectomía del tercer molar inferior retenido.

Mi inclinación por este tema comenzó cuando cursé la materia de radiología,
por medio de ésta, me enteré que tanto yo como una gran parte de mis compañe-
ros, presentaban en sus primeras radiografías, la retención del tercer molar
inferior. Transcurrió el tiempo y con esto, fomentándose la idea de hacer
mi tesis sobre este tema. Cursé la materia de Cirugía Bucal y con esto gran
parte de mis dudas se despejaron, mas para mi sorpresa, en clínica la gran -
mayoría de las cirugías que se realizaban eran tratamientos quirúrgicos de
terceros molares inferiores.

Así fue como me interesé en desarrollar este tema de tesis y se me despertó
la curiosidad de saber como se hacen los tratamientos quirúrgicos de terce-
ros molares inferiores.

Proporciono el siguiente tema de tesis pidiendo autorización a la H. Comisión
Dictaminadora, pues considero ventajoso para el Cirujano Dentista conocer las
diferentes posiciones que pueden presentarse en las retenciones de terceros-

molares inferiores, así como el poder realizar dentro de su práctica privada este tipo de cirugía.

INDICE

TEMA I

Etiología de la Retención Dentaria

TEMA II

Clasificación de las Retenciones en los Terceros Molares Inferiores
(Ries Centeno Guillermo - G. Ginestet)

TEMA III

Historia Clínica

TEMA IV

Instrumental Adecuado

TEMA V

Odontectomía del Tercer Molar Inferior Retenido

TEMA VI

Odontectomía según la Profundidad, Posición, Número, Forma, Dirección y
Tamaño de las Raíces.

Casos Clínicos

CONCLUSIONES

La experiencia ha demostrado que la extracción de un tercer molar inferior retenido con un mínimo de trauma, depende de un examen -- clínico correcto y de una técnica operatoria aplicable al tipo de caso presen tado.

G.B. Winter

TEMA I

ETIOLOGIA DE LA RETENCION DENTARIA

1. Razones Embriológicas
2. Obstáculos Mecánicos
3. Organos Dentarios Vecinos
4. Entidades Patológicas
5. Factor Etiologénético
6. Causas Generales
7. Patología del Organó Dentario Retenido

ETIOLOGIA DE LA RETENCION DENTARIA

En su retención o en el intento de erupción, el tercer molar inferior produce una serie de accidentes patológicos de variado aspecto e intensidad.

Estos accidentes tienen lugar en ambos lados de los maxilares, en cualquier clima y a cualquier edad.

Los accidentes que estamos estudiando se producen en individuos de raza --- blanca, en los cuales por las etiologías que serán consideradas, la falta - de espacio juega un papel importante.

La raza negra esta libre de algún tipo de etiología en virtud de que la --- longitud de su maxilar inferior, permite en ocasiones hasta un cuarto molar.

La edad en la que se presenta alguna etiología en la erupción del tercer molar inferior, varia entre los 18 y 28 años, pero en ocasiones se atienden pa cientes de 19 años y adultos de 50, 60 ó 70 años.

A continuación, mencionaré las diferentes etiologías que provocan una retenu

1. Razones Embriológicas.-

Estas se refieren a que el germen u órgano dentario está muy alejado del sitio normal de su localización; que el germen u órgano dentario está en su sitio normal, pero en posición incorrecta.

2. Obstáculo Mecánico.-

Se refiere a la falta de espacio ocasionado por macrodoncia, micrognacia, o que el hueso sea de tal condensación que no pueda ser vencido por la fuerza de erupción.

3. Organos Dentarios Vecinos.-

Cuando éstos se han mezializado o distalizado e impiden la erupción como en casos de extracciones prematuras.

4. Entidades Patológicas.-

Como tumores odontogénicos, quistes, dientes supernumerarios o anquilosis.

5. Factor Etiologénético.-

Se refiere a la disminución en el tamaño del maxilar o mandíbula a través de la evolución del hombre.

6. Causas Generales.-

Enfermedades que están en relación con las glándulas endócrinas así como las enfermedades que tienen relación con el metabolismo del calcio.

*...

7. Patología del Órgano Dentario Retenido.-

Estados infecciosos que van desde una pericoronitis, celulitis, hasta un flemón (infección localizada supurativa); cabe mencionar que estos estados son excepcionales. También ocasiona trastornos mecánicos como reabsorción de raíces y desviación en los órganos dentarios vecinos, caries en segundo molar. También puede degenerar en quistes dentígeros.

TEMA II

CLASIFICACION DE LAS RETENCIONES EN LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

1. Según la Profundidad del Organó Dentario
2. Según la Posición del Organó Dentario
3. Según el Número, Dirección, Forma y Tamaño de las Raíces

CLASIFICACION DE LAS RETENCIONES EN LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

Los terceros molares inferiores retenidos, provocan en el curso de su evolución, accidentes a veces muy graves, que obligan a practicar la odontectomía.

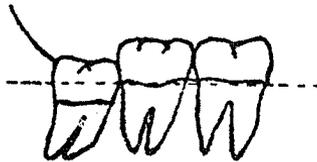
Los fenómenos patológicos y su terapéutica quirúrgica, varían según la ubicación, la posición y la forma del diente.

Normalmente, el tercer molar se coloca en la arcada dentaria por detrás y en contacto inmediato con el segundo molar y por delante de la rama montante — del maxilar inferior.

El tercer molar inferior retenido se presenta en las mas variadas posiciones y formas, las que trataremos de esquematizar como sigue:

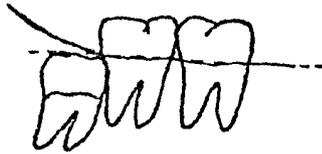
1. Según la Profundidad del Organo Dentario.-

- a. Localizados por encima de una línea imaginaria que va por arriba de los cuellos de organos dentarios ya erupcionados.



*...

- b. Localizados por abajo de la línea imaginaria que va por encima de los cuellos de organos dentarios ya erupcionados.



- c. Localizados lejos de su posición normal. (Posición ectópica)



2. Según la Posición del Organó Dentario.-

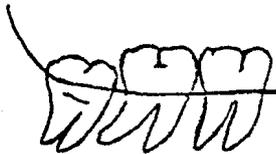
Como se podrá imaginar el lector, hay infinidad de direcciones que puede tomar el tercer molar inferior, pero según estudios hechos por G. Ginestet y Ríes Centeno, estas direcciones se pueden clasificar.

Algunas de estas direcciones se encuentran frecuentemente. En este Tema, indicaré las que se han estudiado y clasificado, mas adelante, en el Tema VI, indicaré las mas frecuentes.

a. Posición Vertical.

En esta posición, puede encontrarse variación en la profundidad y en la dirección.

Tercer Molar en Posición Habitual.-



Tercer Molar Incluido en su mayor parte y en comunicación con la —
cavidad bucal.-



Tercer Molar Inferior incluido a mediana profundidad.-



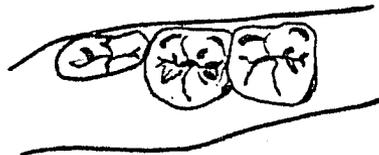
Tercer Molar Inferior incluido a mayor profundidad.-



Tercer Molar Inferior incluido con desviación bucal.-



Tercer Molar Inferior incluido con desviación lingual.-



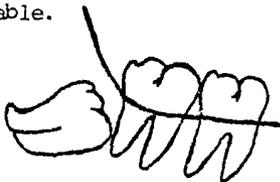
b. Posición Mesioangular.-

El eje del tercer molar está hacia arriba y adelante entre 30° y 80° . El tercer molar puede estar mas o menos oculto en posiciones que van de inclusión completa a inclusión superficial.

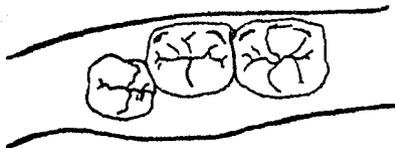
Tercer Molar Inferior. Inclusión total superficial bajo una delgada lámina cortical.



Tercer Molar Inferior. Inclusión profunda bajo un techo oseo mas o menos considerable.



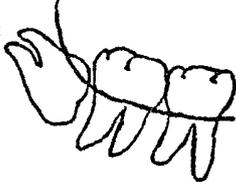
Tercer Molar Inferior con desviación bucal.-



c. Posición Mesioangular (Invertida).-

El eje longitudinal del tercer molar varía entre 90° y 120° , y aún más.

Tercer Molar Inferior. Inclusión completa. La parte distal de la corona se comunica con la cavidad oral.-



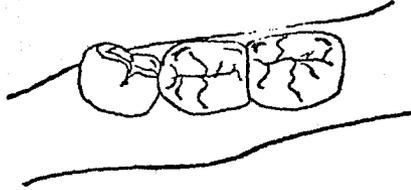
Tercer Molar Inferior. Inclusión completa superficial con un techo óseo de 1 a 10 mm.-



Tercer Molar Inferior. Inclusión completa profunda con techo óseo de 8 mm. o más.-



Tercer Molar Inferior con desviación lingual.-



d. Posición Mesiohorizontal.-

En esta posición puede existir variación en la profundidad y en la dirección, encontrándose el eje longitudinal del tercer molar a 90° en relación con la normal.

Tercer Molar Inferior. Inclusión completa, la cúspide distal en -- comunicación con la cavidad bucal.-



Tercer Molar Inferior. Inclusión completa superficial; la cara posterior de la corona recubierta por una delgada capa cortical.



Tercer Molar Inferior. Inclusión profunda con un techo cortical de 2 a 10 mm.



Tercer Molar Inferior con desviación bucal.-



Tercer Molar Inferior con desviación lingual.-



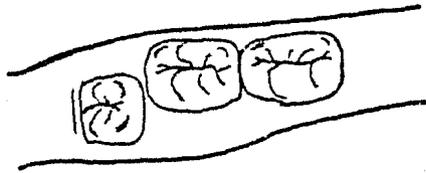
e. Posición Distoangular.-

La corona se dirige hacia atrás, la inclusión puede ser mas o menos profunda.

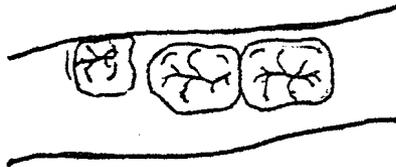
Tercer Molar Inferior. Inclusión completa.-



Tercer Molar Inferior, con desviación bucal.-



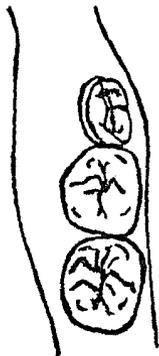
Tercer Molar Inferior, con desviación lingual.-



f. Posición Lingoangular.-

En esta posición puede variar la profundidad del tercer molar inferior.

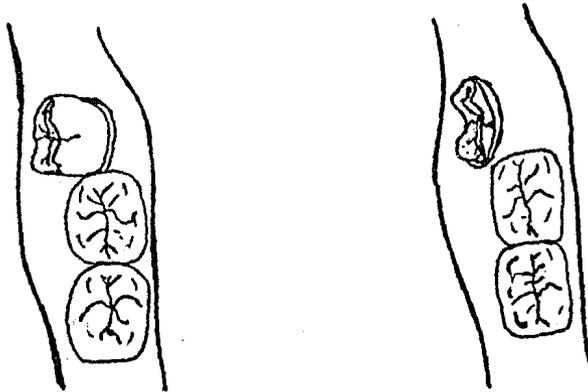
Tercer Molar Inferior.- Inclusión superficial con comunicación en la cavidad bucal de la cara bucal del molar.-



g. Posición Bucoangular.-

Como en la posición anterior, ésta también puede variar la profundidad del tercer molar. Estas retenciones son bastante excepcionales.

Tercer Molar Inferior. Inclusión superficial.-

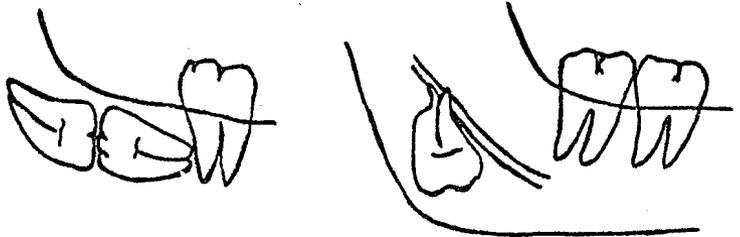


1 Posición Paranormal (Ectópica).-

Estas retenciones no se pueden clasificar pues escapan a todo ordenamiento. En algunos casos, estos terceros molares quedan retenidos junto con los segundos molares provocando en ocasiones, procesos -- patológicos que normalmente son quistes odontogénicos.

Los terceros molares en posición ectópica, pueden ubicarse detrás del segundo molar, invertidos en el ángulo de la mandíbula, en la rama ascendente, apófisis coronoides o cóndilo.

Para la cirugía de estos órganos dentarios, se recomienda utilizar anestesia general y por lo tanto, efectuarla en hospital; por lo mismo, en esta tesis no incluiré la odontectomía de este organo -- dentario ectópico.



i. Ausencia de organos dentarios adyacentes.-

Este caso casi siempre ocurre en pacientes que han sido portadores de alguna prótesis o placa total, pudiendo tener molestias y al -- hacer el estudio radiográfico, localizamos la retención.

Estas retenciones no varían con las posiciones estudiadas anteriormente y en su tratamiento quirúrgico se procurará trazar puntos de identificación o referencia.

3. Según el Número, Dirección, Forma y Tamaño de las Raíces.-

La mayoría de las posiciones descritas anteriormente, presentan dificultades en el tratamiento quirúrgico sobre todo, la malposición de la corona y crean dificultades suplementarias en razón de la forma, de la dirección, número y tamaño de las raíces.

Por lo general, el tercer molar inferior es birradicular, una raíz me - sial y otra distal, siendo casi siempre mas ancha mesiodistalmente la rais mesial que la distal.

Con frecuencia, se encuentran terceros molares con tres o mas raíces, algunas de estas raíces son supernumerarias con enanismo o gigantismo.

También se pueden encontrar terceros molares con raíces fusionadas pre - sentando una forma cónica y con un solo conducto radicular, doble o triple.

Raíces Rectas.-

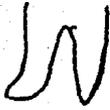


Raíces Rectas Divergentes.-



*...

Raiz Mesial Recta y Distal dirigida a Distal.-



Raiz Mesial Recta y Distal dirigida a Mesial.-



Raiz Distal Recta y Mesial Dirigida a Mesial.-



Raiz Distal Recta y Mesial Dirigida a Distal.-



Raíces dirigidas a Distal.-



Raíces con Dirección a Bucal y Lingual.-



Cementosis Radicular.-



Raíces Incompletas.-



Raíces Supernumerarias.-



Raíces dirigidas a Mesial.-



Raíces Curvas Divergentes.-



Raíces Curvas Convergentes.-



Raíces Curvas Convergentes, Fusionadas.-



Raíces Fusionadas (cónicas).-



TEMA III

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

Es básico para cualquier tratamiento dental, la realización de una historia clínica que nos ayude a conocer el estado de salud y condiciones generales del paciente, valorando los datos obtenidos, alcanzando un diagnóstico y pronóstico, llegando a establecer el plan de tratamiento adecuado.

a. Pasos para su elaboración:

Para el estudio general del paciente, elaboramos una historia clínica en la cual encontraremos este tipo de datos:

- I. Generales
- II. Del Sistema Estomagnático

I. Generales:

1. Ficha de identificación
2. Motivo de consulta
3. Padecimiento actual
4. Antecedentes personales (patológicos y no patológicos)
5. Interrogatorio de aparatos y sistemas
6. Inspección general
7. Examen intraoral
8. Complemento

1. Ficha de identificación.-

- a) Nombre del paciente
- b) Dirección y teléfono
- c) Edad y sexo
- d) Ocupación
- e) Lugar de nacimiento
- f) Fecha de examen

2. Motivo de la consulta:
 - a) Emergencia
 - b) Alivio de la molestia
 - c) Corregir una condición anormal
 - d) Revisión médica y/o odontológica

3. Padecimiento actual:
 - a) Fecha de inicio
 - b) Sintomatología
 - c) Localización
 - d) Curso del padecimiento
 - e) Carácter (v.g. dolor)
 - f) Terapéutica empleada
 - g) Causa probable
 - h) Estado actual de los síntomas

4. Antecedentes hereditarios y familiares:
 - a) Padres, hermanos, cónyuge, hijos
 - b) Sífilis, tuberculosis, diabetes
 - c) Cardiopatías, nefropatías
 - d) Neoplasias, artritis, hemofilia
 - e) Alergias, padecimientos mentales, alcoholismo y toxicomanías

5. Personales no patológicos:
 - a) Higiene general, habitación
 - b) Alimentación, líquidos ingeridos
 - c) Escolaridad, deportes
 - d) Tabaquismo, alcoholismo
 - e) Inmunizaciones (vacunas)

6. Personales patológicos:
 - a) Fiebres eruptivas
 - b) Tuberculosis, paludismo

- c) Parasitosis intestinal
- d) Hemorragias
- e) Diabetes
- f) Amigdalitis, otitis
- g) Cardicpatías, flebitis
- h) Epilepsia, crisis convulsivas

7. Interrogatorio de aparatos y sistemas

I. Digestivo

- a) Dolores abdominales
- b) Dispepsia
- c) Náuseas y vómitos
- d) Hemorragias

II. Respiratorio

- a) Respiración bucal
- b) Tos, expectoración
- c) Epistaxis
- d) Disnea
- e) Cianosis

III. Cardiovascular

- a) Palpitaciones
- b) Dolores precordiales
- c) Cefalea recidivante
- d) Mareos, lipotimias
- e) Disnea de esfuerzo
- f) Edema maleolar

IV. Urinario

- a) Oliguria, disuria
- b) Poliuria, nicturia
- c) Diuresis en 24 horas
- d) Edema palpebral
- e) Dolor lumbar

V. Genital femenino

- a) Menarquia
- b) Ciclo menstrual
- c) Dismenorrea, leucorrea
- d) Metrorragias, abortos
- e) Embarazos, menopausia

VI. Nervioso

- a) Neuralgias
- b) Parálisis, parestesias
- c) Temblores, sueño
- d) Organos de los sentidos

8. Inspección General

- a) Forma de adaptarse al medio
- b) Edad aparente y cronológica
- c) Expresión facial, marcha
- d) Conformación actitud
- e) Estado de la conciencia

II. Del Sistema Estomatognático

La inspección del sistema estomatognático se realiza generalmente de dos formas que se complementan:

- a) Directa o visual
- b) Indirecta o armada

La directa o visual se realiza por medio de la vista, enfocándola toda - ésta hacia la cavidad oral; y la indirecta o armada, se realiza por medio de instrumentos (espejo y explorador) para confirmar los datos visualizados anteriormente.

Generalidades sobre:

Labios, lengua, región palatina, piso de la boca, carillos, músculos y su - tonicidad, articulación, forma de la cara, humor bucal, hábitos higiénicos,

*...

color de la piel, raza, color de los dientes.

a. Odontograma

La aportación del odontograma a la historia clínica, es básico e importante, ya que para realizar el exámen contamos con su ayuda, en el cual tenemos a la vista las piezas dentarias que forman la arcada superior e inferior y sobre los cuales podemos hacer todas las anotaciones pertinentes.

La parte principal de un exámen dental está constituida por la inspección visual y palpación minuciosa completas, que deben realizarse con luz suficiente y adecuada, espejo, explorador y sonda pariodental.

El exámen consta de:

1. Exploración de dientes con caries.-

Consiste en la exploración de las lesiones cariosas, anotación y clasificación de la calidad y condiciones de las restauraciones existentes.

2. Pruebas de vitalidad.-

Es importante cualquier diente en el cual existen datos de cambio degenerativos que pueden llevar la pérdida de vitalidad en el futuro, comprendiendo así la duración de la prótesis. Tomando en cuenta que un diente sin pulpa en estado normal puede servir como pilar.

3. Valoración del Periodonto.-

El exámen periodontal nos da la base para la realización del diseño de la prótesis, tomando en cuenta el estado de salud o enfermedad del periodonto que rodea nuestros posibles dientes pilares.

4. Movilidad dentaria.-

Revela un estado anterior de enfermedad periodontal que ha afectado en diversos grados los órganos dentarios. Obligándonos a realizar un pronóstico de los mismos, como futuras restauraciones individuales o formando parte integral de nuestra prótesis.

*...

b. Estudio Radiográfico

Para la práctica o ejecución de radiografías dentales existen dos técnicas de uso cotidiano en el consultorio dental:

1. Técnica de cono largo o ángulo recto
2. Técnica de cono corto o ángulo bisectado

Con estas técnicas y los diferentes tipos de radiografías dentales:

1. Periapicales
2. Aleta de mordida
3. Oclusales

Vamos a obtener el estado de salud dental como son:

1. Grado de caries
2. Obturaciones mal ajustadas
3. Obturaciones de conductos inadecuados
4. Presencia de restos radiculares
5. Organos dentarios retenidos
6. Dientes impactados
7. Procesos patológicos
8. Morfología y número de las raíces
9. Estado y salud del hueso
10. Longitud de las brechas protéticas
11. Relación corona-raíz

Haciendo una recopilación de estos datos importantísimos, podremos aplicar el tratamiento adecuado respecto a las posibilidades de si un diente sirve como pilar, si el hueso o trabeculado óseo es compacto o no para resistir funcionalmente las fuerzas que se ejerzan sobre él.

En las áreas desdentadas determinaremos el número de dientes pilares con los que contamos y los que restituiremos dando así mayor firmeza donde descansará nuestra prótesis.

c. Modelos de estudio

Actualmente los exámenes bucales exigen la obtención de modelos de estudio. Hay que dar la debida importancia a los modelos de estudio, no ---

confeccionándolos en forma descuidada, imponiéndoles características importantes, pues ellos serán presentados al paciente cuando se le diagnostique el plan de su tratamiento.

Por medio de una correcta historia clínica, podemos considerar el estado físico y anímico del paciente y al mismo tiempo localizar padecimientos crónicos-- que hasta ese momento fueron desconocidos por el paciente y que quizá necesi-- ten ser tratados con mas urgencia que la cirugía por hacer.

Tomando en cuenta que está próxima la cirugía en el paciente, debemos estudiar mas a fondo la parte de la historia donde podamos darnos cuenta de factores de riesgo como el alcoholismo, hipertensión, sedentarismo, tabaquismo, estrés, -- arterioesclerosis, obesidad, diabetes, insuficiencia coronaria, insuficiencia cardíaca e infarto aparte de formular ciertas preguntas para saber algún tipo de trahumatismo, transfusiones de sangre, así como pruebas de laboratorio, -- tiempo de coagulación, tiempo de protrombina y radiografías, éstas son impre-- scindibles para un buen diagnóstico y plan de tratamiento.

Es recomendable formular una propia historia clínica para tratamientos quirúrgicos.

TEMA IV

INSTRUMENTAL ADECUADO

1. Instrumental para Auscultación Clínica
2. Instrumental para Anestesia
3. Instrumental para Incisión y Colgajo
4. Instrumental para Osteotomía y Odontosección
5. Instrumental para Odontectomía
6. Instrumental para Sutura

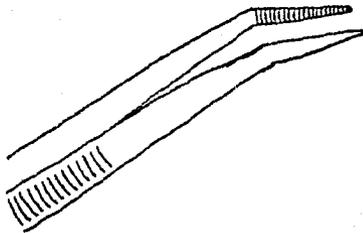
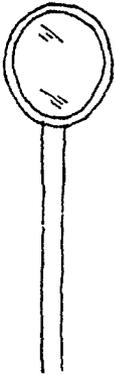
INSTRUMENTAL ADECUADO

El instrumental es muy importante, pues con la ayuda de éste, se ejecutarán las tareas de anestesia, incisión, desplazamiento de colgajo, osteotomía, -odontosección y extracción del órgano dentario.

Como podemos observar, este instrumental nos ayuda en todos los pasos de -- nuestra cirugía y lo debemos escoger lo mejor posible pues existen en el -- mercado un número extraordinario de instrumentos, siendo absurdo el adquirir los para guardarlos pues pocos son de utilidad para nuestra cirugía. A continuación, mencionaré y esquematizaré los que son mas utilizados por diferentes especialistas que a través de su experiencia, nos indican que son los -- mejores:

1. Instrumentos para Observación Clínica.-

Espejo, pinzas de curación.-

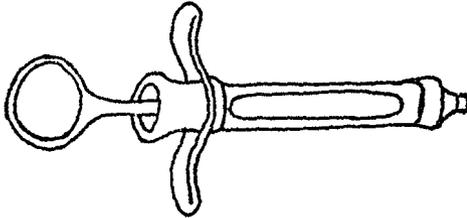


2. Instrumental para Anestesia.-

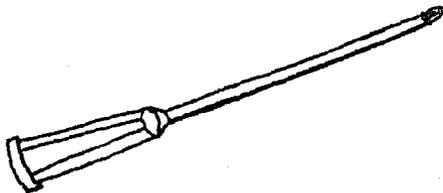
Jeringa de Anestesia Dental.-

En la actualidad, la jeringa de aspiración es la que se utiliza con mayor frecuencia; el propósito de esta jeringa, es el de evitar — reacciones alérgicas y tóxicas como resultado de una inyección de anestesia en un vaso sanguíneo.

Esta jeringa tiene cavidad para un cartucho de anestesia y en su punta se le atornilla una aguja desechable.

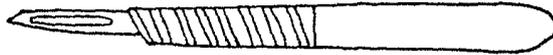


Aguja para jeringa de anestesia. Hay diferentes calibres y longitudes. En este caso se utilizará una de calibre 23 y 4.6 cms., de longitud.



3. Instrumental para Incisión y Colgajo.-

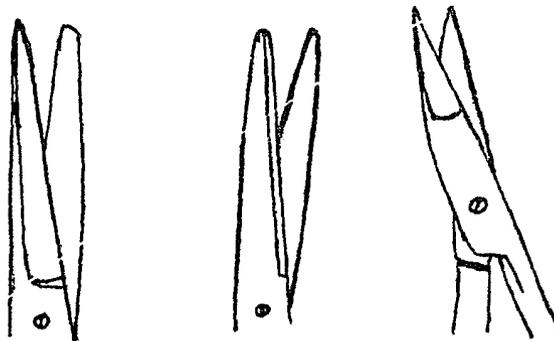
Bisturí de hojas intercambiables tipo americano o de Bard-Parker.



Hojas de bisturí desechables. Los números de hojas mas utilizados en este caso, son: 15, 11 y 10.

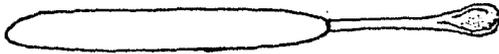


Tijeras rectas o curvas. Algunas tienen sus hojas ligeramente aserradas para impedir que el tejido resbale mientras se hace el corte. Una de las tijeras mas populares es la tijera de Dean.



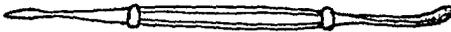
Una vez que se ha realizado la incisión, se levanta el mucopericostio con un elevador de periostio como:

Espátula-legra para cirugía bucal (Palfer, Sollier). Espátula cortante de segura, elevador No. 9 de Moutl y el de Henahan.



Periostótomo.-

Este lo podemos utilizar como legra y como separador de periostio.



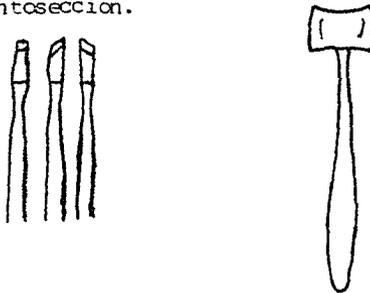
4. Instrumental para Osteotomía y Odontosección.-

Escoplos de Barry de media caña:

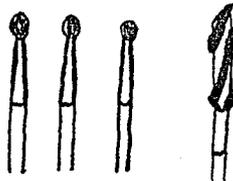
- a) De media caña
- b) De doble bisel



Martillo y cinceles para hueso de mango largo en 3 modelos de Simal, el de un bisel es para osteotomía y el de dos biseles es para odontosección.



Fresas.- Como ya dije antes, éstas son en la actualidad las más utilizadas para osteotomía y odontosección, ya sea con piezas de mano de alta velocidad o de baja velocidad. Estas fresas son las redondas No. 8, 9 y 10 de Thomas y fresas helicoidales de Meisinger.



5. Instrumental para Odontectomía.-

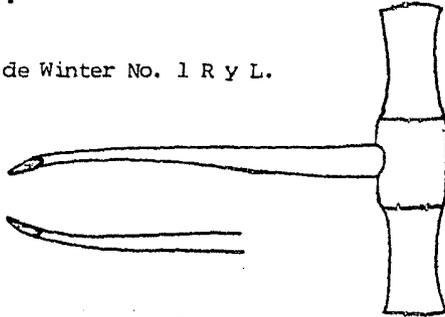
Los segmentos seccionales o fracturados se retiran con elevadores.

Los mas comunes son:

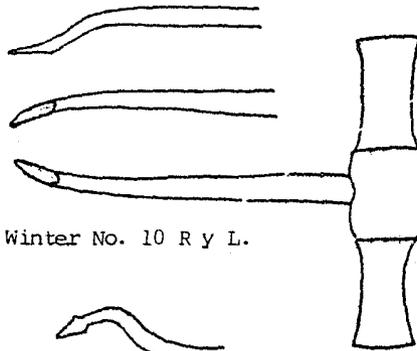
Elevador recto, elevador en barra T de bandera R y L. Elevador Radicular, y Elevador Universal.

Existen en el mercado muchos de estos elevadores. Expondré en este caso los de Winter.

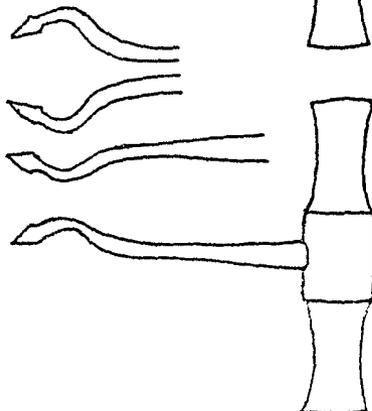
Elevador Mesial de Winter No. 1 R y L.



Elevador Mesial de Winter No. 2 R y L.

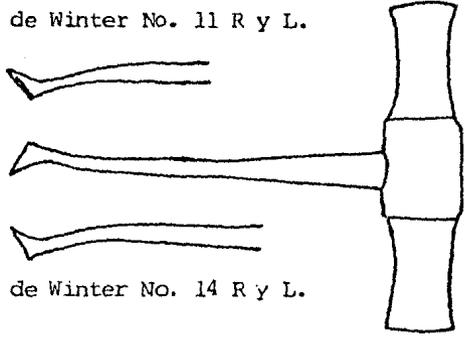


Elevador Bucal de Winter No. 10 R y L.



*...

Elevador Radicular de Winter No. 11 R y L.



Elevador Radicular de Winter No. 14 R y L.



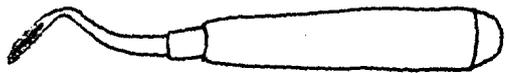
Elevador Recto de Seldin



Elevador Universal

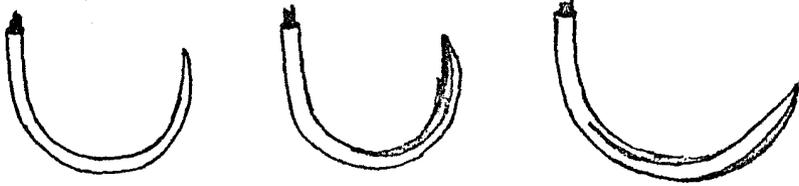


Elevador de Clev-Dent R y L.



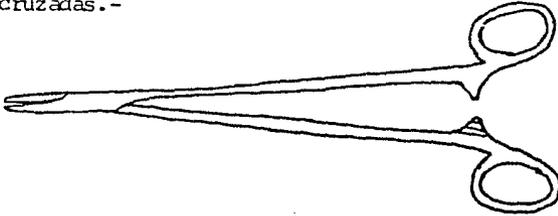
6. Instrumental para Sutura.-

Agujas para Sutura con hilo de seda atraumática.-

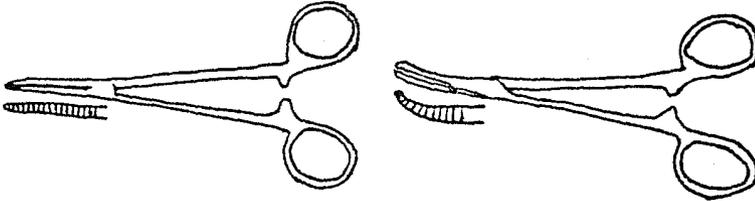


Portaagujas.-

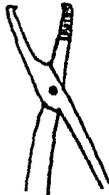
Las puntas del portaagujas normalmente son pequeñas y las estrías son entrecruzadas.-



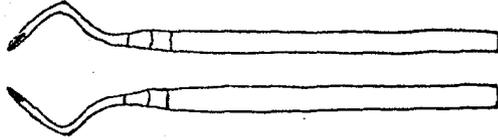
Pinza hemostática de bocado recto tipo Halstead.-



Pinza de diente de ratón.-

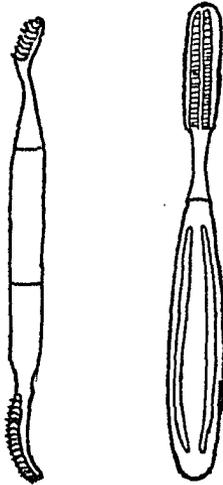


Elevador Apical R y L para restos radiculares



Limas para Hueso.-

Se utiliza para atersar el alveolo, limando las crestas o bordes que queden después de la osteotomía.



TEMA V

ODONTECTOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

1. Anestesia
2. Incisión
3. Colgajo
4. Osteotomía
5. Odontosección
6. Luxación
7. Sutura
8. Tratamiento Postoperatorio

ODONTECTOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

1. Anestesia.-

Se practica la anestesia regional en la espina de Spix, complementándola con una anestesia local para anestesiar la zona bucal y así también provocando una izquemia en la región.

Es recomendable utilizar anestesia con vasoconstrictor para tener menor sangrado.

2. Incisión.-

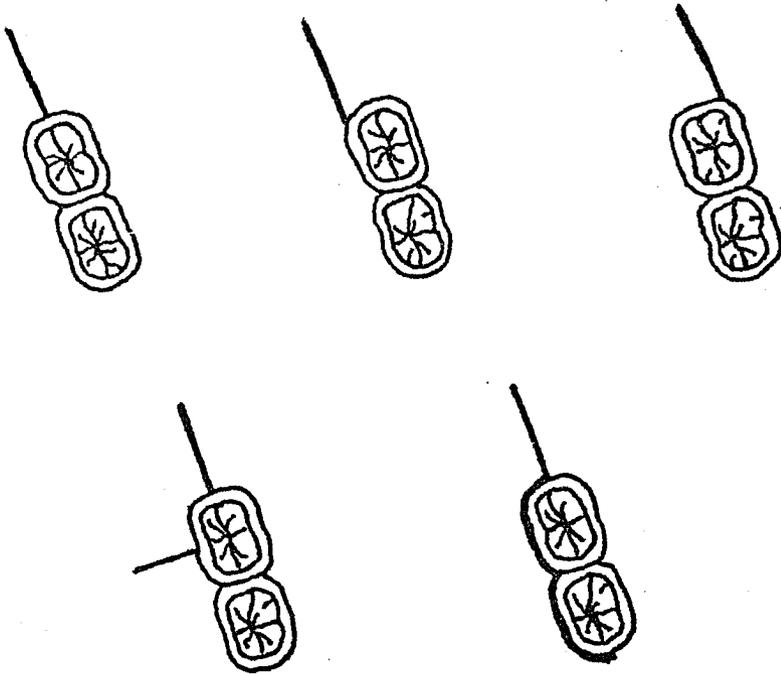
Por medio de ésta, se puede lograr una correcta o incorrecta visibilidad del área osea por tratar. Así pues, es importante este paso para tener un contacto visual directo.

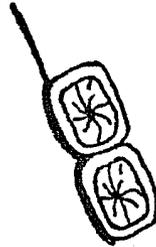
Por lo citado anteriormente, es recomendable una incisión amplia que permita un extenso colgajo que descubra con holgura el hueso o tercer molar por extraer.

La incisión mas común, es la angular o forma de bayoneta; se incerta una hoja del No. 12 en nuestro bisturí y colocamos la punta de ésta unos 2 ó 3 cms., por detrás del segundo molar (borde interno del trígono retromolar), de un solo movimiento, hacemos el trazo longitudinal dirigiéndonos hacia el segundo molar y llegando al ángulo posterior externo del segundo molar. Una vez hecho esto, nos dirigimos oblicuamente hacia delante por bucal del segundo molar y nos extendemos hacia abajo y afuera. Esta incisión puede varia ya sea, que vaya por distal del segundo molar en tercio medio del segundo molar, o en mesial del segundo molar.

*...

DISTINTOS TIPOS DE INCISIONES QUE SE PUEDEN EFECTUAR PARA LA ODONTOECTOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.





ES DIFICIL ESCOGER UNA INCISION PARA CADA RETENCION, PUES ESTO DEPENDE DEL -
DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO, POR LO MISMO CORRESPONDE AL CIRUJANO ESCO
GER LA MAS ADECUADA SEGUN EL CASO.

La incisión hecha en el borde alveolar, también puede variar según la posición del tercer molar, ya sea cargada hacia bucal o hacia lingual.

Hay otro tipo de incisiones, pero éstas varían por falta del segundo molar o por ausencia de órganos dentarios adyacentes o en raros casos, por anodoncia.

El tejido gingival (colgajo) incidido, en cualquier incisión trazada, se separa con una legra larga y fina, ésta se debe mantener en contacto óseo, haciendo esta separación con movimientos laterales y de rotación del instrumento cuidadosamente para no desgarrar la mucosa, en este momento se levanta el colgajo y lo reclinamos hacia afuera.

3. Osteotomía.-

Se denomina osteotomía, a la eliminación del hueso que cubre o aloja al tercer molar inferior.

Esta osteotomía la podemos realizar con diferentes instrumentos como - escoplos, fresas y pinzas gubias; normalmente combinamos estos instrumentos.

El objeto de la osteotomía es el de tener acceso al tercer molar y disminuir la resistencia causada por la cantidad de hueso.

a. Osteotomía con Escoplo.-

Este puede ser utilizado solo o con ayuda de un martillo. Cuando se utiliza el martillo se hace por medio de golpes secos mas no traumáticos, pues corremos el riesgo de una fractura. El escoplo y el martillo también pueden ser utilizados para la odontosección.

b. Osteotomía con Fresas.-

La fresa es muy útil para la osteotomía, el odontólogo está muy ---

*...

familiarizado con ella y es por esto que es de mucha utilidad, además de ser su manejo muy sencillo.

Las precauciones que debemos tomar son: Evitar el calentamiento por prolongado fresado y evitar el contacto con mucosa.

4. Odontosección.-

Se define como el seccionamiento del organo dentario. Esta se realiza para disminuir el volumen del cuerpo, simplificando la operación y acortando el tiempo de operación.

Se disminuye la cantidad de hueso a eliminarse. El peligro de fractura también es menor. Se puede disminuir el peligro de lesión del nervio dentario. Se previene la fractura en tablas oseas alveolares externa o interna.

La odontosección se realiza según la retención del organo dentario.

Puede ser una división sobre el eje mayor del diente o sobre el eje menor, se puede seccionar una o mas veces, según el caso. Este seccionamiento lo podemos lograr por medio del escoplo o por medio de fresas. Para la odontosección, son muy útiles las radiografías, pues podemos trazar en ellas los diferentes seccionamientos que vamos a realizar.

La odontosección y la osteotomía se complementan, pues la extracción sin división del organo dentario, requiere de una amplia osteotomía.

5. Luxación.-

Esta, normalmente se lleva a cabo con elevadores, rectos o de bandera. En pocas ocasiones se puede utilizar algún tipo de forceps, pues el campo de trabajo es muy pequeño y la visibilidad casi nula.

Una vez hecha la abulsión del tercer molar, retiramos los restos óseos y de sangre y se elimina el saco pericoronario. Esta eliminación se hace por medio de cucharillas filosas o curetas. Se toma el saco con unas pinzas curvas y con la cucharilla se recorren las distintas paredes óseas, desprendiendo el saco del hueso que en ocasiones está fuertemente adherido.

Después se revisan los bordes óseos para que no queden puntas agudas o aristas. En caso de que existan, se eliminan con limas para hueso, con alveolotomo; rara vez con fresa.

6. Sutura.-

Quirúrgicamente, la sutura es ideal y recomendable en cualquier cirugía de tercer molar inferior, pues ayudamos a una cicatrización más rápida y evitamos la acumulación de alimentos y con esto, una probable alveolitis.

Es recomendable hilo de seda, pues el hilo catguth puede llegar a absorberse antes de la cicatrización de los tejidos afrontados.

Normalmente, se utilizan puntos separados y se realizan con un porta-agujas y una aguja curva enhebrada con seda o nylon. Se harán uno o dos puntos, según la longitud de la incisión, recomendando un punto en bucal en caso de una incisión en forma de bayoneta (angular).

7. Tratamiento Postoperatorio.-

Este tratamiento es muy importante pues contribuye al éxito de la cirugía y al bienestar del paciente.

Las recomendaciones que se le deben dar al paciente son las siguientes:

- Guardar reposo durante 2 ó 3 horas (sin acostarse).
- Colocar una bolsa con hielo sobre la región operada, durante 15 minutos por 15 de descanso, durante 2 horas.
- No realizar enjuagues en el día por transcurrir.
- En caso de dolor, tomar una o dos tabletas del analgésico indicado, cada 6 horas.
- La alimentación en el día por transcurrir debe ser blanda, de preferencia, líquida.
- Para las 48 horas posteriores, el paciente deberá someterse a una dieta blanda.
- Prescripción de analgésicos, antibióticos y anti-inflamatorios adecuados para el paciente.
- Citar al paciente 2 días después de la operación y limpiar la zona operada.
- Citar al paciente 5 días después de la limpieza para la extracción de puntos de sutura, no sin antes prever una extracción prematura de estos puntos y provocar un deslizamiento en tejidos, hemorragia o inmovilización del coagulo. El respeto por el coagulo es la base del éxito postoperatorio. Los puntos se seccionan con una tijera y se extraen con una pinza de curación.

TEMA VI

ODONTECTOMIA SEGUN LA PROFUNDIDAD, POSICION,
NUMERO, FORMA, DIRECCION Y TAMAÑO DE LAS RAICES.-

1. Posición Vertical
2. Posición Mesioangular
3. Posición Mesioangular Invertida
4. Posición Mesiohorizontal
5. Posición Distoangular
6. Posición Lingoangular
7. Posición Buccoangular
8. Con Obstáculo Radicular
9. Con Obstáculo Corono-Radicular
10. Orden de las Extracciones
11. Casos Clínicos

ODONTECTOMIA SEGUN LA PROFUNDIDAD, POSICION,
NÚMERO, FORMA, DIRECCION, Y TAMAÑO DE LAS RAICES.-

Las cirugías de terceros molares inferiores, son consideradas operaciones o cirugías menores y por lo mismo van acompañadas de los principios de una -- cirugía mayor.

En la cirugía mayor existen 3 tiempos quirúrgicos, mismos que se pueden aplicar para nuestras cirugías y son:

- Diérisis de los tejidos
- Odontectomía
- Síntesis de tejidos para devolver su anatomía y función normal

En nuestra cirugía, podemos ampliar un poco estos tiempos quirúrgicos, como sigue:

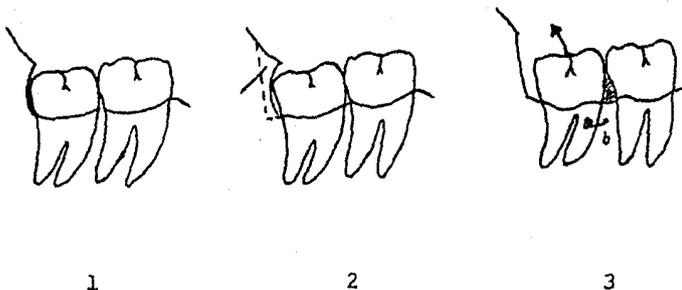
- Anestesia
- Incisión
- Preparación de colgajos
- Osteotomía
- Odontectomía del molar retenido
- Tratamiento de cavidad osea
- Sutura
- Tratamiento postoperatorio

Para mayor información sobre estos tiempos quirúrgicos, se puede leer el ---
Tema V.

Odontectomía del Tercer Molar Inferior Retenido

1.- Posición Vertical.-

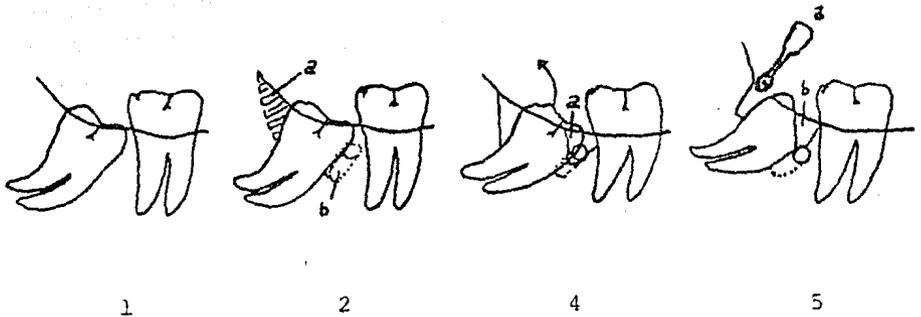
a. Inclusión Superficial



Después de la incisión y levantado el colgajo mucoso, se elimina con fresa la parte ósea (espolón) (Fig. 2 a) que bloquea el organo dentario distalmente, se aplica el elevador en la cara proximal o mesial del tercer molar (Fig. 3 b), y se hace un movimiento giratorio hacia arriba y atrás.

2. Posición Mesioangular.-

a. Inclusión Superficial

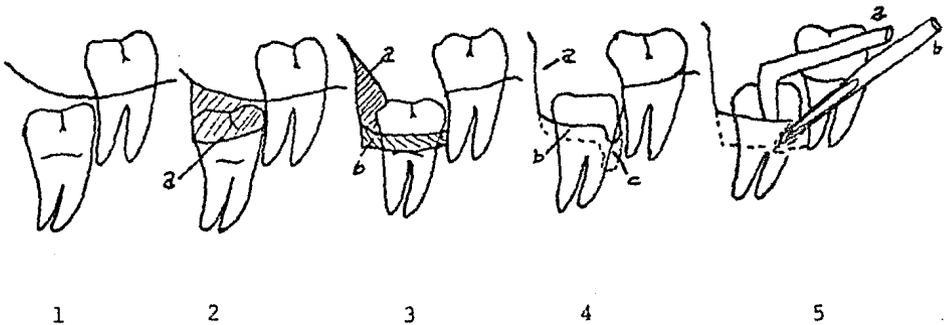


Después de la incisión y levantamiento de colgajo mucoso, se elimina con fresa la parte ósea (lomo) distal del órgano dentario hasta llegar - abajo del cuello (Fig. 2 a).

Eliminar el techo óseo anterior que recubre en ocasiones la parte anterior del diente, levantarlo con elevador (Fig. 3 a).

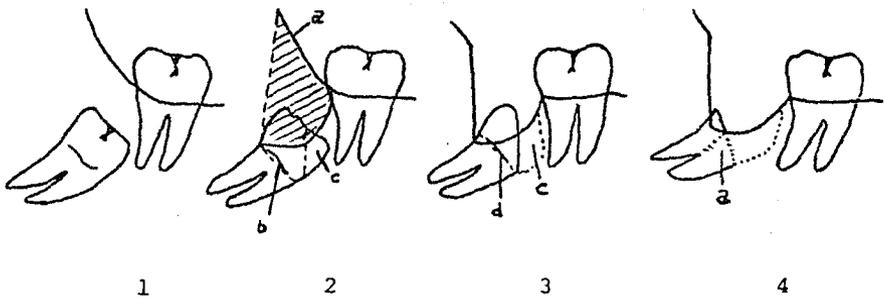
Cuando las cúspides mesiales son voluminosas o están en contacto con el segundo molar, se dificulta el paso anterior con elevador sin poder -- hacer la odontectomía, en este caso, se procede a la odontosección de la corona, ésta en su parte anterior. La odontosección se realiza con una fresa de fisura. (Fig. 4 a y b).

b. Inclusión Profunda



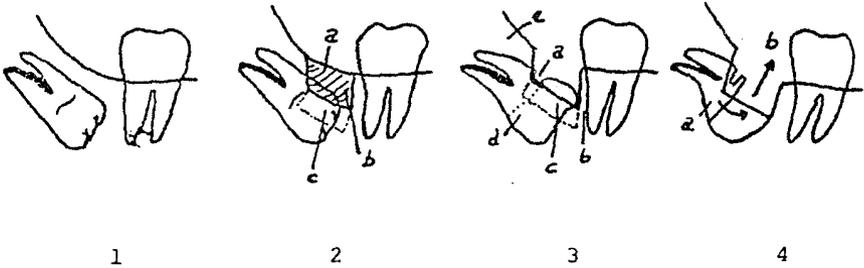
Después de la incisión y levantado el colgajo mucoso, se descubre la corona dentario por resección del techo oseo que la cubre (Fig 2 a), esta resección debe ser amplia (Fig. 3 a), se excava el surco externo (Fig 3 b) y el hoyo (Fig 4 c). Se procede a utilizar el elevador (Fig. 5 a) en el surco para luxar hacia adentro (lingual), después - se utiliza un elevador recto (Fig. 5 b) metiéndolo en el hoyo y se - gira el elevador mandando el organo dentario hacia atrás.

c. Inclusión Profunda



Después de la incisión y levantamiento de colgajo mucoso, se elimina el techo óseo desde la línea de la corona hasta la parte distal del cuello (Fig. 2 a). Se hace un surco externo a todo lo largo de la corona para liberarla (Fig. 2 b); se secciona la corona en su tercio anterior (Fig. 3 c). Es posible hacer en este momento la odontectomía, con un elevador (Fig. 3), en caso contrario se elimina la corona con fresa de fisura (Fig. 3 d), y se luxan las raíces. Si éstas no pueden ser extraídas, se separan con fresa y se extraen individualmente (Fig. 4 a).

3. Posición Mesio-Angular Invertida



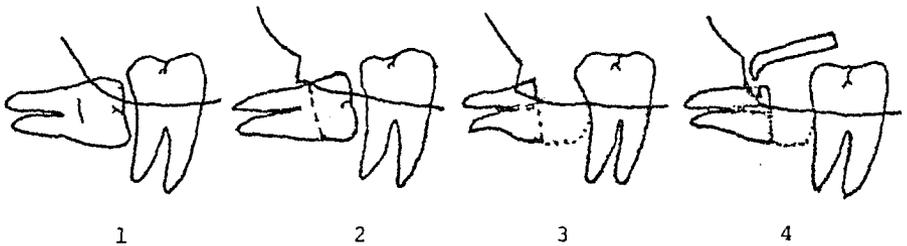
Normalmente, estos organos dentarios son los mas dificiles de extraer, pues las raíces están en la rama montante, pero su curvatura está invertida.

Después de la incisión y levantamiento de colgajo mucoso se elimina el techo oseo hasta descubrir la corona evitando mutilar las tablas interna y externa del hueso (Fig. 2 a). Se quita el surco externo (Fig. 2 c) se secciona la corona (Fig. 3 d).

Se extrae la corona liberada, luego el bloque radicular, éste por medio de una muesca en su parte superior, se atrae hacia delante y arriba --- (Fig. 4 b).

4. Posición Mesiohorizontal

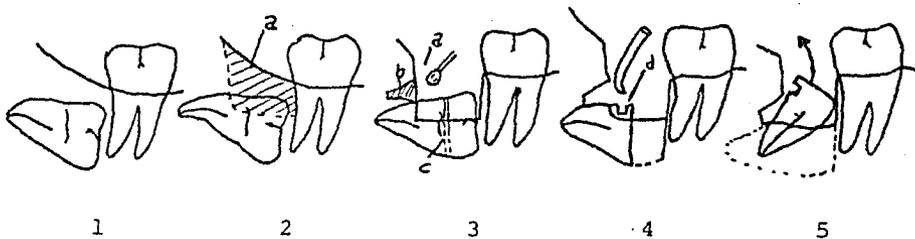
a. Inclusión Superficial



Después de la incisión y levantamiento de colgajo mucoso, se eliminá el techo oso (Fig. 2 a), se hace un surco externo pasando el polo externo de la corona (Fig. 2 b) y probar movilizar el diente con elevador.

Seccionar la corona con fresa de fisura (Fig. 2 c), a nivel de cuello y extraerla. Las raíces no retentivas son fácilmente extraídas, de lo contrario, se separan con fresa de fisura (Fig. 3 a). Luego en la raíz distal se talla una ranura en la cara superior y se engancha con un elevador, lo mismo se hace con la raíz mesial (Fig. 4 a).

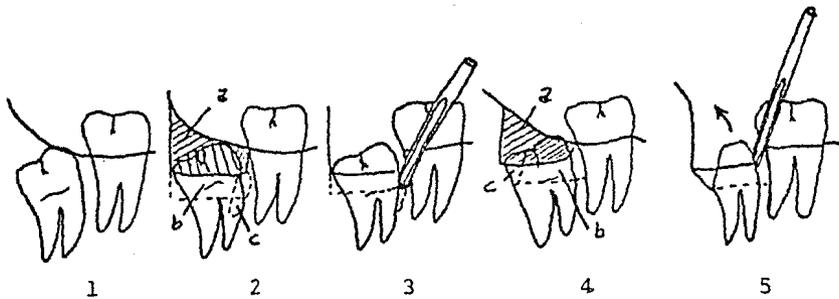
b. Inclusión Profunda



Después de la incisión y levantamiento de colgajo en forma de bayoneta se efectúan una serie de perforaciones al nivel de la parte coronaria del órgano dentario para delimitar la ventana osea a rescatar. Se desgasta el hueso con fresa hasta descubrir la corona evitando destruir la tabla interna y externa del hueso (Fig. 2 a). Se libera la mitad superior de la corona y comienzo de la raíz (Fig. 3). Eliminar con fresa la capa de hueso que cubre la raíz 2 ó 3 mm., hasta descubrir la curva retentiva de la raíz (Fig. 3 a y b).

Se hace un surco externo a todo lo largo de la corona y de la parte anterior de las raíces hasta que se pueda movilizarlas, se secciona la corona con fresa (Fig. 3 c). Se levanta la corona, luego las raíces, en caso necesario, se hace una muesca en el borde superior de éstas para en gancharlas y eliminarlas (Fig. 4 y 5).

5. Posición Distoangular

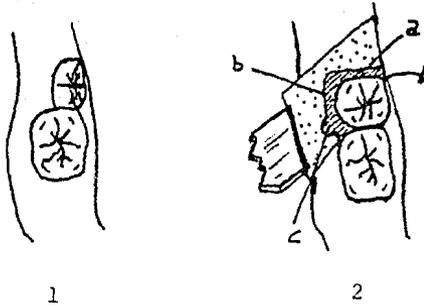


Después de la incisión y levantamiento de colgajo mucoso se elimina con fresa la parte ósea que la cubre liberando sus caras mesial y distal - (Fig. 2 a). Se hace un orificio anterior externo (Fig. 2 c), se luxa el organo dentario hacia atrás y se levanta (Fig. 3).

Esta técnica puede variar:

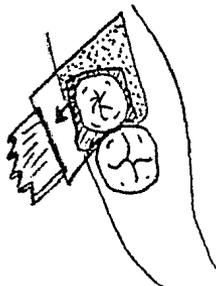
Después de descubrir la corona, se excava el surco externo y se secciona oblicuamente la corona (Fig. 4 a,b,c); después se luxa el organo dentario hacia atrás y arriba (Fig. 5).

6. Posición Linguangular



Después de la incisión y levantamiento de colgajo mucoso, se elimina el "lomo" óseo que bloquea el órgano dentario por atrás (Fig. 2 a), se ---traza con la fresa un surco externo (Fig. 2 b), con frecuencia cede al luxarlo con un elevador, pero de lo contrario, se hace un hueco antero-externo por donde el elevador levantará el órgano dentario y lo luxará hacia adentro (Fig. 2 c).

7. Posición Bucoangular.-

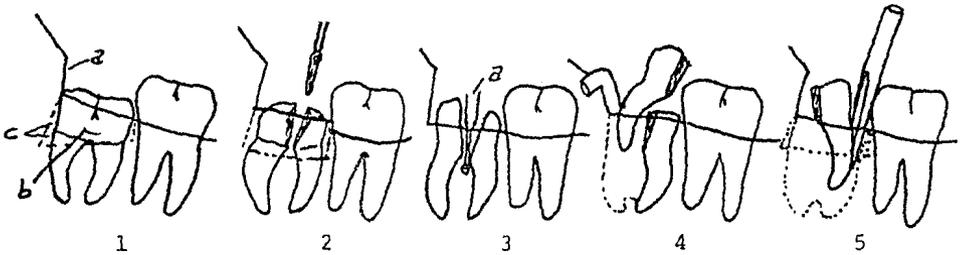


Esta posición es rara de encontrar pero en caso de presentarse, se siguen los pasos de la odontectomía de la posición linguoangular, con la variante de extraerlo hacia afuera y no hacia adentro.

8. Con Obstáculo Radicular.-

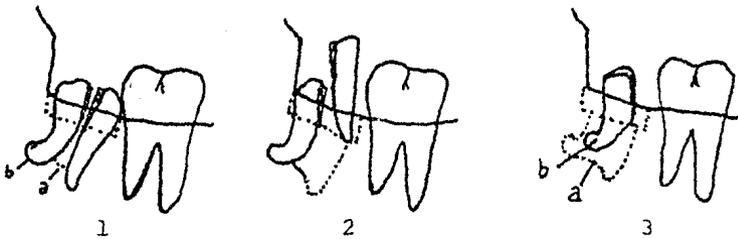
Dentro de las diferentes posiciones eruptivas de los terceros molares inferiores, existen además obstáculos radiculares, propiciando éstos, mayor dificultad en la odontectomía del tercer molar inferior. Existen diferentes anomalías radiculares (ver Tema II, inciso 3); en este inciso, explicaré algunos tipos de odontectomía de terceros molares inferiores con obstáculo radicular.

a. Organismo Dentario con raíces curvas convergentes.



Después de la incisión y levantamiento de colgajo se perforan los agujeros para el ventanal óseo. Se descubre la corona eliminando el hueso que la recubre (Fig. 1 a). Se talla el surco externo (Fig. 1 b). Se elimina el hueso que está posterior a la corona y se secciona el organismo dentario transversalmente por la bifurcación (Fig. 2). Se prosigue a eliminar el septum radicular; hecho esto, se movilizan las raíces y se luxa la distal primero deslizándola hacia adelante (Fig. 4); luego, se luxa y moviliza la raíz mesial con un elevador recto (Fig. 5).

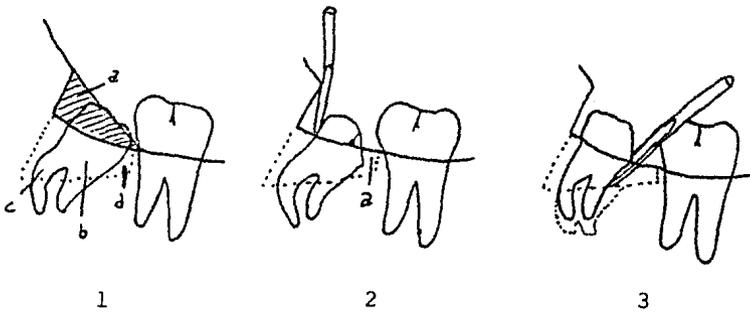
b. Organo Dentario con raíces divergentes



Después de la incisión y levantamiento de colgajo, se elimina el hueso para liberar la corona; luego se hace el surco externo, se secciona el organo dentario en su parte media hasta llegar a la bifurcación, esta hendidura se agranda separando así los dos fragmentos coronó radicales mesial y distal. (Fig. 1).

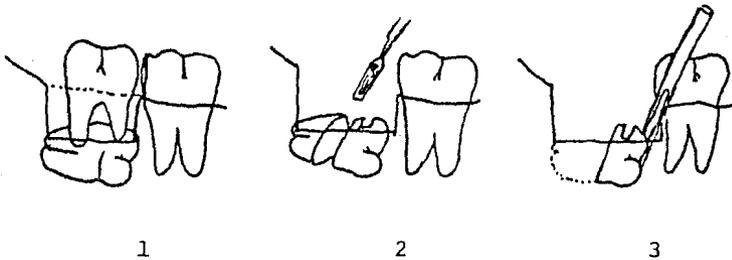
Si es posible se movilizan cada uno de los fragmentos, se luxa la raíz mesial (Fig. 2); luego se luxa el fragmento distal hacia el alveolo -- vacío, en caso de que el ápice sea retentivo se destruye el triángulo oseo interradicular (Fig. 3 a y b).

c. Organo Dentario con raíces invertidas



Después de la incisión y levantamiento de colgajo se elimina el hueso para liberar la corona (Fig. 1 a), luego se hace una canal por vestibular eliminando el hueso en mesial (Fig. 1 d), se ensaya la luxación, después se secciona la corona en su parte anterior (Fig. 2 a), y se luxa con elevador recto (Fig. 3).

9. Con Obstáculo Corono Radicular



Se hace la odontectomía del segundo molar (Fig. 1 a), se agranda con fresa el alveolo del segundo molar conservando al máximo las tablas - oseas interna y externa hasta el descubrimiento del organo dentario re tenido, se hace un surco en su flanco externo (Fig. 1 b).

Seccionar transversalmente el organo dentario por el medio, se introduce un elevador en la parte seccionada y se levanta el trozo posterior primero (Fig. 2), que es el mas fácil de abordar, luego se mueve hacia atrás el segmento anterior del organo dentario con opción de hacer una muesca. (Fig. 3).

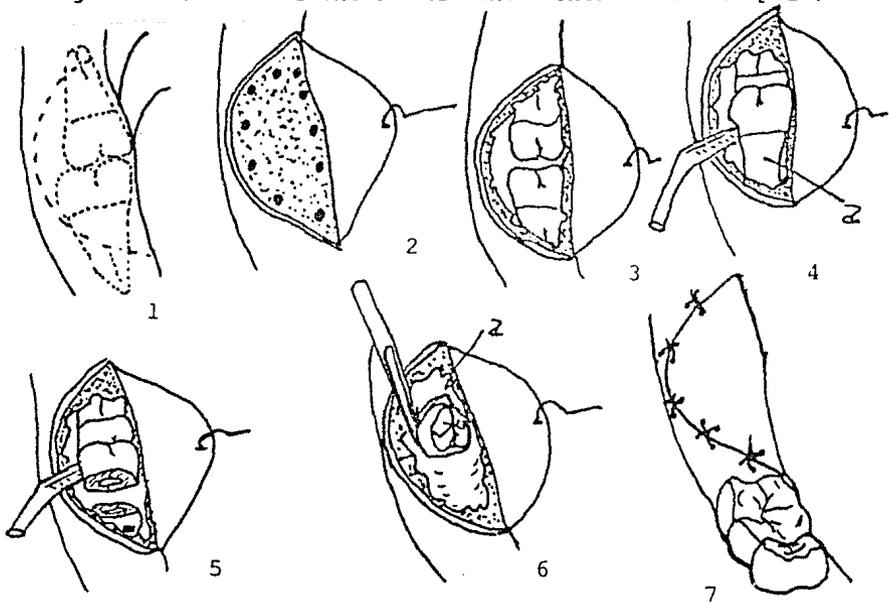
10. Orden de las Odontectomías.-

Un paciente puede ser sometido simultáneamente a la odontectomía de los dos terceros molares inferiores, o en su caso, a la odontectomía de los cuatro molares retenidos; esta última opción, es preferible realizarla bajo anestesia general. En tales circunstancias, se realizará la odontectomía del tercer molar inferior y luego el superior de un lado; posteriormente, las del otro lado. Esto se hace para que la sangre que -- brota luego de la odontectomía del tercer molar superior no moleste en la odontectomía del inferior.

En caso de realizar las odontectomías en nuestro consultorio, es recomendable extraer primero los dos terceros molares de un lado y quince días después los del otro lado.

La odontectomía simultánea del tercer molar superior e inferior, se -- debe realizar siempre y cuando la odontectomía del tercer molar inferior no haya sido muy traumática para nuestro paciente.

a. Organos dentarios retenidos horizontalmente (cabeza de pala)

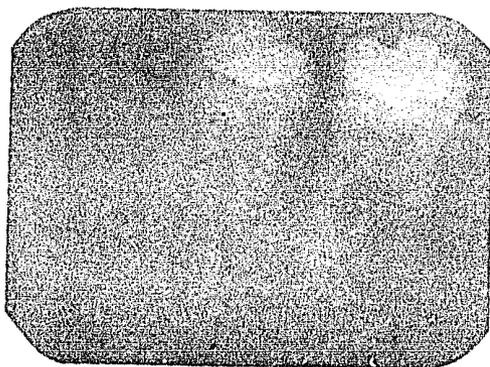
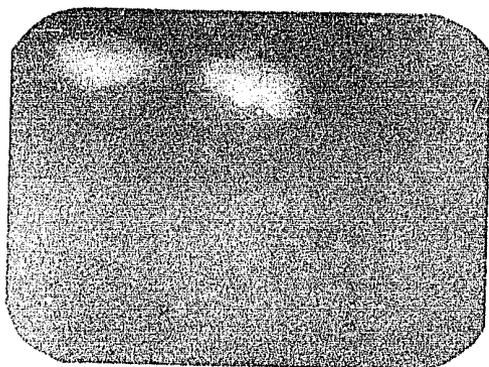
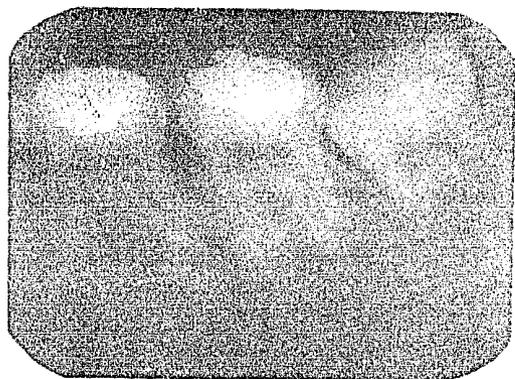


Se hace una ventana mucosa semicircular de 4 ó 5 cm., de longitud (Fig. 1) Se levanta el colgajo hacia la lengua y se fija con gancho, hilo o separador. Se hacen con fresa redonda quirúrgica una serie de perforaciones — que delimiten la superficie a eliminar, sobrepasando las coronas retenidas. (Fig. 2). Se elimina la cubierta ósea con golpes de cincel o fresa de fisura, uniendo las perforaciones (Fig. 3). Ya descubiertos los organos dentarios, se ensaya movilizarlos con elevador de bandera, comenzando con el que tenga mas descubiertas las raíces. Si puede ser levantado, se extrae, de lo contrario, se secciona la corona (Fig. 5). Se extrae la corona y luego el bloque radicular haciendo una muesca en éstas si es necesario. — (Fig. 5). Se hace descender el otro organo dentario en caso de que no — ocurra, se hace una muesca para tener mayor apoyo, si aun con esto no puede extraerse se secciona la corona y se extrae en dos partes (Fig. 6), Luego, suturamos.

11. Casos Clínicos.-

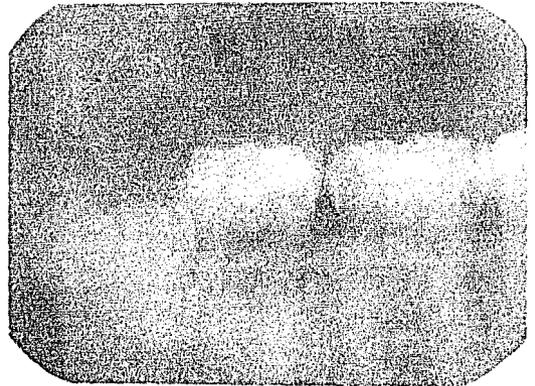
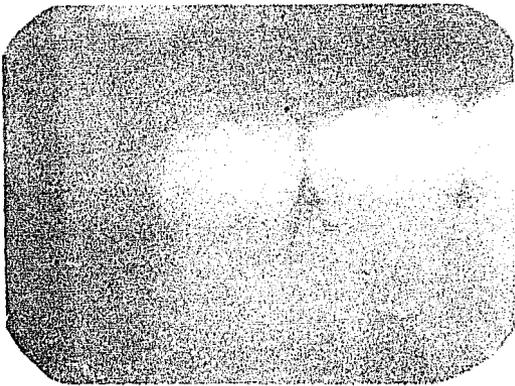
Posición Vertical.-

Posición Habitual



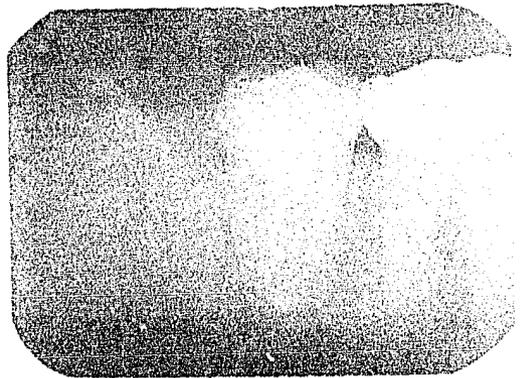
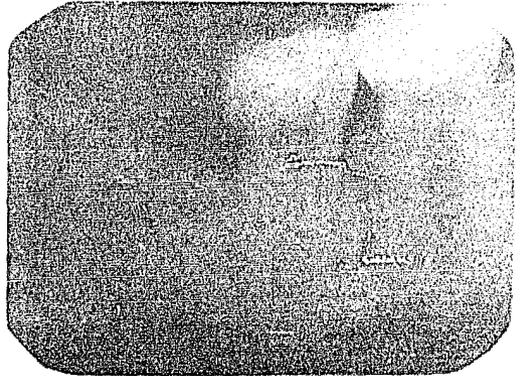
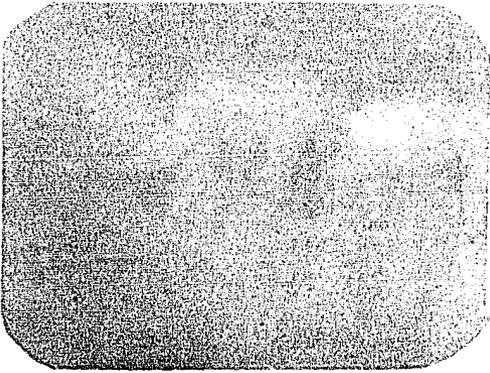
Posición Vertical.-

Incluido en su mayor parte y en comunicación con la cavidad bucal.



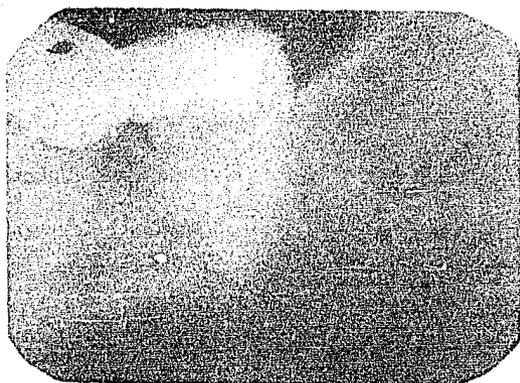
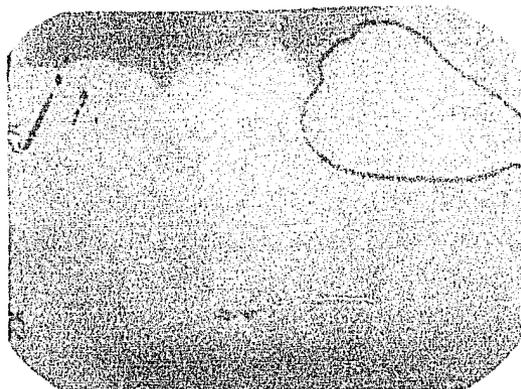
Posición Mesioangular.-

InClusión total superficial bajo una delgada lámina cortical.



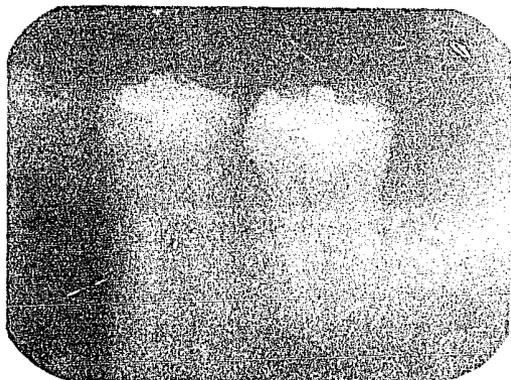
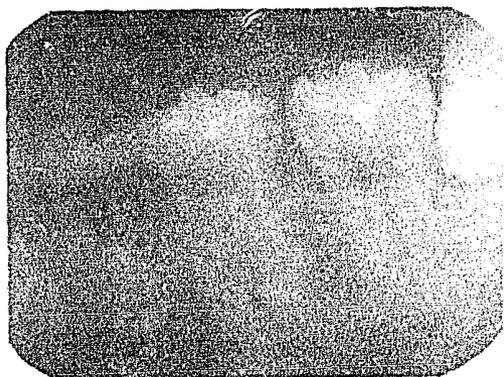
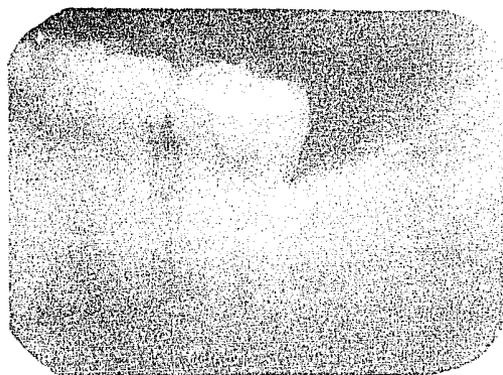
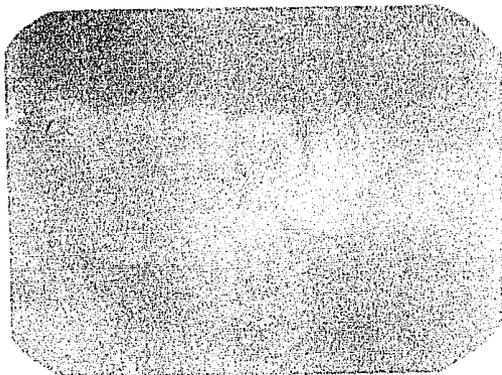
Posición Mesioangular.-

Inclusión profunda bajo un techo óseo mas o menos considerable.



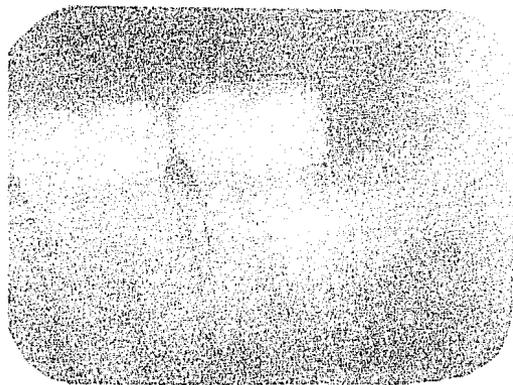
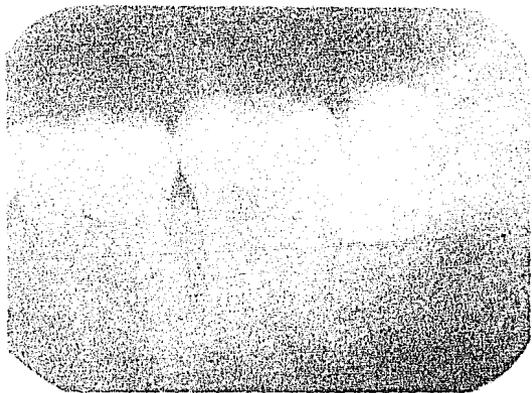
Posición Mesio Horizontal.-

Inclusión completa, la cúspide distal en comunicación con la cavidad bucal.

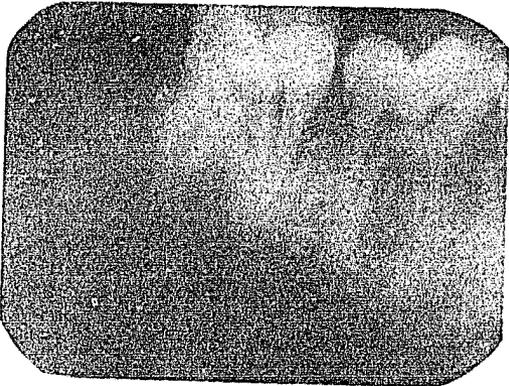
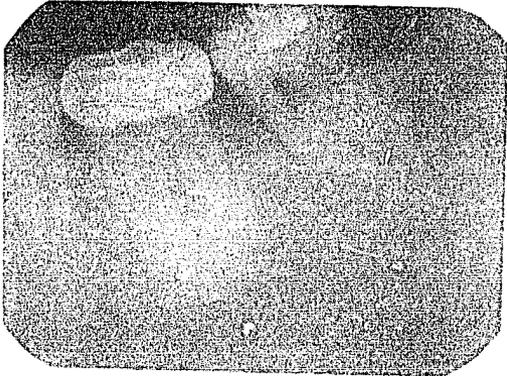
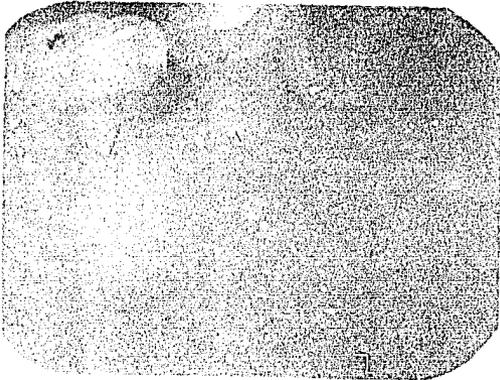


Posición Mesio Horizontal.-

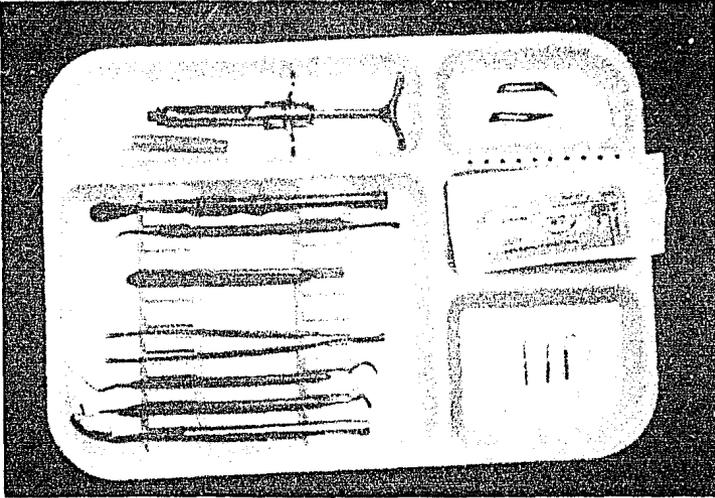
Inclusión completa; la cara posterior de la corona recubierta por una delgada capa cortical.



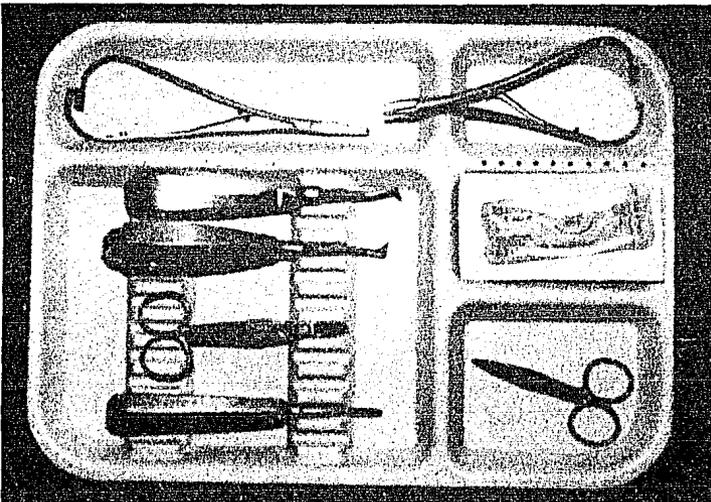
Posición Bucoangular.-



INSTRUMENTAL PARA INCISION



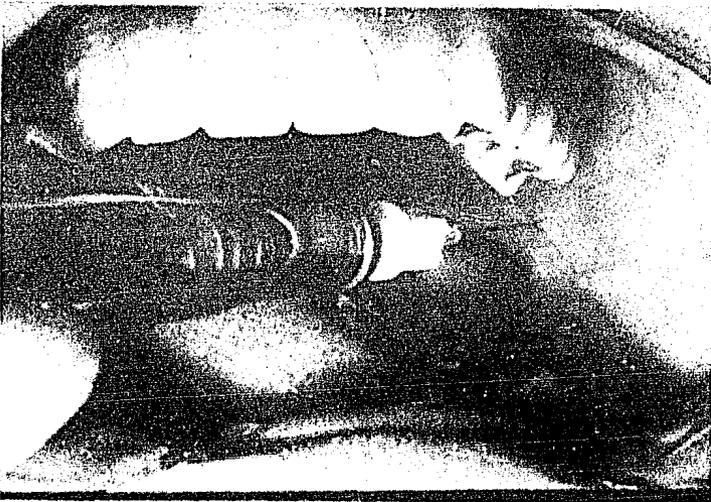
INSTRUMENTAL PARA ODONTECTOMIA
Y SUTURA



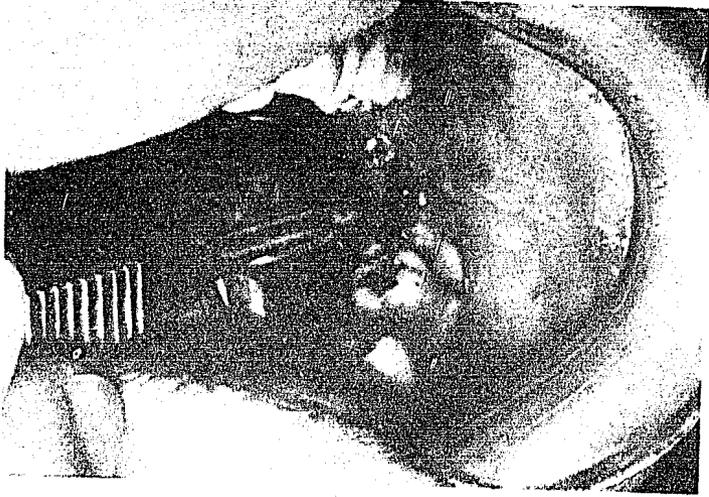
Caso clínico en el cual podemos observar los pasos a seguir en una odontectomía de tercer molar inferior retenido en posición mesioangular con inclusión total superficial.



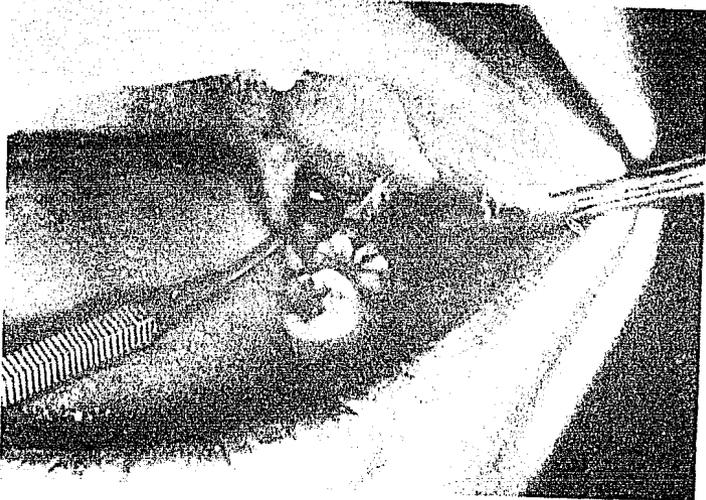
Preoperatoria



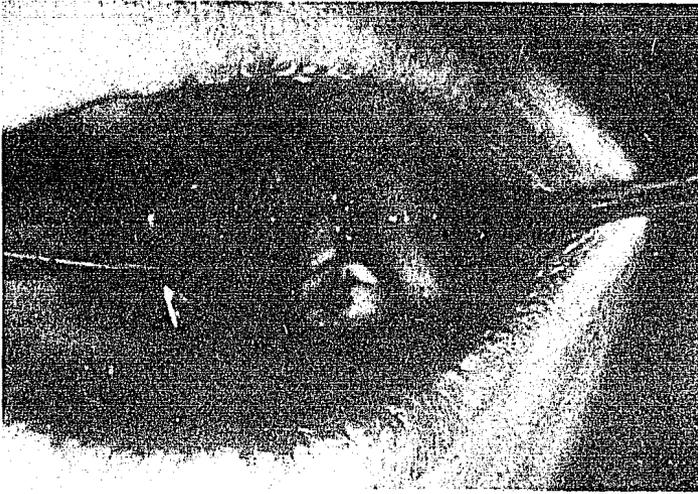
Anestesia



Incisión



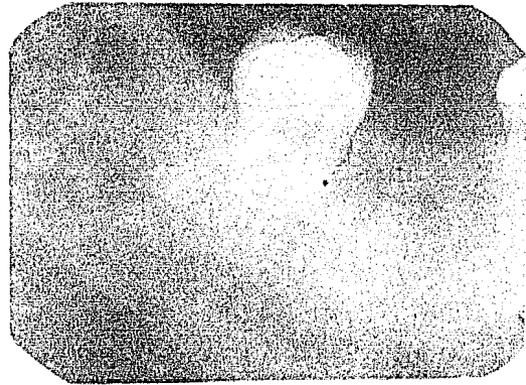
Colgajo y exposición del organo dentario retenido



Sutura y Posoperatoria



RX Posoperatoria



RX Preoperatoria

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Dentro de la cirugía bucal es difícil obtener conclusiones, aunque la mejor conclusión que podemos obtener es una pronta recuperación postoperatoria en el paciente y la satisfacción personal de que la cirugía se realizó correctamente.

Sin embargo, es difícil obtener esta conclusión, pues cada paciente y retención es diferente, además de ciertas problemáticas que se pueden presentar, como una boca chica, hueso muy compacto, macroglocia, luxación temporo mandibular, pacientes nerviosos; en fin, problemas que pueden facilitar o dificultar nuestra odontectomía y a consecuencia de esto, se obtienen diferentes conclusiones.

Asimismo, me gustaría hacer hincapié en el diagnóstico y en el plan de tratamiento, así como en el instrumental adecuado. Menciono esto, porque un diagnóstico y un plan de tratamiento adecuados, nos facilitarían el tratamiento así como el instrumental adecuado nos facilitará la intervención quirúrgica.

Dentro del diagnóstico no quiero pasar por alto el tema de la historia clínica y de las radiografías pues por medio de éstas se puede establecer la posición del órgano dentario y el plan de tratamiento a seguir.

Para concluir, quiero mencionar algo que aprendí al elaborar esta tesis y que debemos tomar muy en cuenta al iniciar cualquier intervención quirúrgica y es que el tiempo quirúrgico debe ser lo más corto, y con el menor trauma posible y con los mejores resultados, esto tanto para nuestro paciente como para nosotros.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvin L. Morris, Harry M. Bohannon
Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General.
Editorial Labor, Barcelona, España, 1967.
- 2.- Archer Harry
Oral and Maxilofacial Surgery, Saunders, Philadelphia, 1975.
- 3.- Costitch White
Cirugía Bucal Práctica, Nueva Editorial Americana, México, 1974.
- 4.- Daniel E. Waite
Cirugía Bucal Práctica, Editorial Continental, México, 1978.
- 5.- Diamond Moises
Anatomía Dental, Editorial Hispano-Americana, México, 1962.
- 6.- Gustave Ginestet
Cirugía Estomatológica y Maxilo-Facial
(Atlas de Técnica Operatoria), Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina,
1967.
- 7.- Huerta Bustindui Ricardo
Crecimiento y Desarrollo de los Terceros Molares y su Extracción,
Tesis UNAM, 1975.
- 8.- Director Leon Tenenbaum
Cirugía, Progresos en la Práctica Odontológica, Editorial Mundini,
Buenos Aires, Argentina, 1957. Volúmen II.
- 9.- Martin J. Dunn, Donald F. Booth, Marie Clancy
Farmacología, Analgesia, Técnicas de Esterilización y Cirugía Bucal en
la Práctica Dental. Editorial El Manual Moderno, S.A., 1980.

- 10.- Niels Bjorn, Jose Hayden, Jr.
Anestesia Odontológica, Editorial Interamericana, México, 1962.
- 11.- Pelaez Lira Héctor
Tesis UNAM, 1977.
- 12.- Ries Centeno Guillermo
Cirugía Bucal, El Ateneo, Buenos Aires, Argentina 1979. VIII Edición.
- 13.- Ries Centeno Guillermo
Tercer Molar Retenido, El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1960.
VIII Edición.

Esta Tesis fué elaborada en su
totalidad en los Talleres de -
Impresos Moya, Rep. de Cuba -
No. 99, Despacho 23
México 1, D.F. Tel. 5-10-89-52