

122
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EXTRACCION QUIRURGICA DE TERCEROS
MOLARES Y GENERALIDADES

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

DANIEL HERNANDEZ MORALES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

1. Introducción.
2. Historia Clínica.
3. Anatomía. (Irrigación arterial. inervación, ligamentos, musculos).
4. Técnicas de anestesia.
5. Instrumental (asepsia y antisepsia).
6. Indicaciones y contraindicaciones.
7. Clasificación de los terceros molares inferiores.
8. Técnicas quirúrgicas para la extracción.

INTRODUCCION

La historia de la cirugía bucal se hacen alusiones a los problemas quirúrgicos denturios y orales desde 3 000 años antes de J.C.

Su comienzo como especialidad inicia en el renacimiento -- existiendo tratados dentarios escritos en el siglo XVI. En esta época se empieza a diferenciar la Odontología Gral. y la Cirugía Oral así como la practicada por los barberos. Hasta el siglo XIX la cirugía quedó como disciplina no siendo oficial -- hasta el siglo XX debido en gran parte a las consecuencias de la primera Guerra Mundial.

Algunos de los pioneros de la cirugía bucal fueron: Pierre Fauchardk (1678-1761) francés, estableció la relación de las enfermedades de la boca con el organismo; John Hunter (1728-1793) en Inglaterra; Robert Burion (1702-1748), autor de 4 tratados dentales; Ansel Mo-Luis Bernard, Jourdain-Berchillet (1734-1816) practicó la disenteria lo que hoy es la cirugía oral.

HISTORIA CLINICA

Es la recopilación ordenada y detallada de los datos proporcionados por el paciente al odontólogo que nos va a servir de guía para detectar cualquier anomalía que nos pueda interferir en el momento operatorio o ya sea en el postoperatorio.

La historia clínica debe contener:

- a) Interrogatorio o anamnesis.
- b) Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- c) Análisis de laboratorio.

Interrogatorio o anamnesis.

Debe contener los datos personales del paciente a tratar como son:

- Nombre, dirección, edad, sexo, teléfono, ocupación, nacionalidad, estado civil, y padecimiento actual, también se recabarán antecedentes personales patológicos y no patológicos -- así como heredofamiliares.

Interrogatorio por aparatos y sistemas.

Debemos tratar de cuestionar al paciente con preguntas entendibles y fáciles de responder referente a su estudio general que nos lleven a descubrir síntomas de alguna patología en

específico.

Análisis del laboratorio.

Cuando por el interrogatorio realizado nos dé una pauta - para pensar que existe alguna alteración debemos recurrir a la ayuda de estudios de laboratorio y verificar si nuestro diagnóstico presuntivo es verídico en cuyo caso debemos tomar las medidas pertinentes para cada caso en especial.

Los estudios de laboratorio más usuales son:

- Biometría Hemática
- Química Sanguínea
- Tiempo de Protrombina
- Tiempo de Sangrado
- Pruebas de Coagulación.

ANATOMIA DE MANDIBULA

La mandíbula tiene forma de herradura, es un hueso móvil que no tiene fijación ósea con el cráneo.

Es el hueso más pesado y fuerte de la cabeza. Esta situado bajo los huesos maxilar y malar, y sus condilos descansan en la cavidad glenoidea del temporal.

Consta de una región horizontal llamada cuerpo, dos porciones verticales o ramas ascendentes, la sínfisis mentoniana esta en la línea de unión de las dos mitades del cuerpo, tiene dos caras externa, interna y dos bordes superiores e inferiores a los lados izquierdo y derecho de la sínfisis se encuentran los tubérculos mentonianos, el triángulo formado -- por la sínfisis y los tubérculos se denomina eminencia mentoniana.

La cara externa presenta la línea oblicua externa, que va desde el tubérculo mentoniano hasta el borde anterior de la rama ascendente.

La apofisis coronoides constituye el borde superior de la rama ascendente, es una extensión punteaguda, lisa y aplanada en el lado interno y externo, cerca de la línea de inserc

ción una parte del musculo temporal.

El conjunto dentario inferior se encuentra entre la línea oblicua interna y borde posterior de la rama.

En el borde anterior del agujero se encuentra la espina de spix en el cual se inserta el ligamento esfenomaxilar.

El cuello presenta una fosita concava en sentido medial (fosa pterigoidea). Una estructura semicircular la escotadura sigmoidea forma el borde superior filoso de la rama ascendente entre el condilo y la apofisis.

El agujero mentoniano suele encontrarse por abajo del segundo premolar. Por la parte interna en la mitad del cuerpo se encuentran unas eminencias llamadas apofisis geni.

La línea oblicua interna o milohioidea empieza más abajo de las apofisis geni y se dirige hacia atrás y hacia arriba hasta llegar a la porción anterior de la rama ascendente, -- inserta al musculo del mismo nombre.

La fosa sublingual se encuentra por detrás de la línea y arriba de la parte anterior de la línea milohioidea. La fosita digastrica son pequeñas depresiones a lado de las sínfisis.

En el centro del cuerpo entre la línea milohioidea y el borde inferior se encuentra la fosita submaxilar que aloja - la glándula submaxilar.

El agujero dental inferior esta localizado en la caramental de la rama ascendente entre la escotadura sigmoidea y - el ángulo mandibular.

Irrigación Arterial

Las ramas arteriales y nerviosas para los dientes son -- simples terminales de los respectivos sistemas centrales.

El aporte arterial para los maxilares y dientes proviene de la arteria maxilar interna, que es una rama de la carotida externa. Las ramas de la arteria maxilar interna que surten directamente a los dientes son:

1. Arteria alveolar (dental inferior)
2. Las alveolares o dentales superiores.

Arteria dental inferior.- Protegida por el ligamento esfenomaxilar se desprende la arteria milohioidea, entra en seguida en el orificio dental y corre hacia abajo y adelante - a través del conducto dental dando ramas a los premolares y molares, se divide en rama mentoniana e incisiva, la primera irriga al menton anastomosándose con la arteria coronaria --

inferior y submentoniana, la segunda irriga dientes anteriores.

En sus conductos las arterias inferiores e incisiva emiten ramas dentales que dan irrigación a la pulpa y periodonto a través del apice. Otra rama se introduce en los tabiques interdentes para irrigar hueso y periodonto.

Inervación.

La inervación sensitiva para los maxilares y dientes -- proviene de los nervios maxilar superior e inferior del quinto par craneal o trigemino.

En dirección oblicua hacia abajo desde la base del agujero por debajo de la espina hay un surco marcado llamado canal milohioideo.

Las paredes linguales de los alveólos en segundos y terceros molares son relativamente delgados: cerca del fondo de la cavidad, aun cuando el hueso próximo a la periferia es algo más grueso y compacto. Si se mantiene contra la luz una mandíbula de la cual se ha removido el tercer molar, el hueso del fondo de ese alveólo es tan delgado que la luz penetra. Esto es debido a que la mandíbula en este lugar esta socavada por la fosita submaxilar debajo de la línea oblicua interna milohioidea.

El hueso en sentido vestibular de los dos últimos molares es muy compacto y grueso, es reforzada por la línea obliqua externa detrás del tercer molar se observa una foseta triangular poco profunda llamado triángulo retromolar. La lamina cortical que esta por arriba de esta fosa no es tan compacta como el hueso circundante y es más esponjosa.

El alveólo del tercer molar suele ser irregular en su contorno. En general es mucho más angosto en sentido distal que mesial. Puede poseer tabiques interradiculares o espina septales conforme a las irregularidades de la raíz.

El condilo esta dividido en una porción superior o articular y una inferior o cuello esconvexo por arriba y se ajusta a la cavidad glenoidea.

- Esta situado en la punta del peñasco del temporal.

El nervio maxilar se divide en el nervio dental inferior se desprende una ramificación miloideo que es motora del musculo miloideo y vientre anterior del digastrico.

El nervio alveolar inferior sigue hacia adelante a través del conducto mandibular por debajo de las raíces de los molares a nivel del agujero mentoniano, durante esta parte de su recorrido de ramas para premolares y molares, tejido -

de soporte y blandos.

El nervio dental sale como plexo del cual los ramitos en tran en cada raíz, las ramas interdentes van al hueso alveolar, periodonto y encias.

En el agujero mentoniano se divide en rama incisal menor continúa hacia adelante para los dientes anteriores y el hueso, y una rama mentoniana mayor emerge del agujero para dirigirse a la piel del labio inferior y menton.

Otra rama del nervio maxilar inferior es el nervio bucinator o bucal largo se distribuye principalmente por mucosa y carrillo además de una pequeña área de la encia vestibular del primer molar a veces se extiende al canino. El nervio lingual entra en el piso de boca y se adosa al cuerpo mandibular y tiene variaciones para mucosa lingual y encia. El nervio milohioideo se introduce a la mandíbula a través de agujeros pequeños a cada lado de la línea media inerva a los incisivos centrales y periodontos.

Ligamentos mandibulares.

La cápsula articular es una estructura sinovial alrededor del condilo, sus fibras se dividen en cuatro, anterior, posterior, externa e interna. El ligamento lateral externo de la articulación temporomandibular tiene una inserción an-

cha por encima de la apofisis cigomática del temporal y fibras anteriores se insertan hacia adelante más alla del tuberculocigomático anterior hacia abajo y atrás se inserta en el lado externo y borde posterior del cuello del condilo. Es la principal estructura suspensora de la mandíbula.

El ligamento esfenomaxilar se inserta por arriba del esfenoides y por abajo de la mandibula, realmente procede la apofisis espinoza del esfenoides hacia abajo y adelante y se inserta en la espina de Spix hacia atras en la cara interna de la rama ascendente.

Ligamento estilomaxilar va de la apofisis estiloides del temporal hacia abajo y adelante para insertarse en el borde posterior de la rama de la mandíbula. Actuan como freno de la mandíbula y previenen un desplazamiento excesivo de la mandíbula, en el movimiento de apertura.

Músculos: Los músculos masticatorios mediante su contracción producen apertura o cierre de los maxilares durante los diversos movimientos masticatorios y son:

a) Masetero; b) Temporal; c) Pterigoideo externo; d) Pter. interno.

Los pterigoideos externos ayudan a llevar hacia abajo --

la mandíbula. Los suprahioides e infrahioides ejercen ---
cierto control sobre el acto masticatorio por la aplicación
de fuerzas contrarias a las mayores ejercidas por los múscu-
los masticatorios.

TECNICAS DE ANESTESIA

Anestesia:

Es la falta o la privación de la sensibilidad para suprimir el dolor parcial o totalmente. La anestesia puede ser general si se suprime la sensibilidad con pérdida del conocimiento y local suprime sensibilidad de una parte extensa o reducida del organismo respetando la conciencia.

Las dos técnicas básicas para anestesia local son:

Supraperiostica (infiltración), y bloqueo nervioso.

Hay varios principios básicos aplicados a inyecciones intraorales.

1. Se deben manejar técnicas estériles.
2. La mucosa debe secarse con gasa estéril antes de la punción.
3. A criterio del operador debe utilizarse soluciones anestésicas tópicas.
4. Usarse agujas desechables, estériles, cartuchos con dosis conocidas estériles.
5. La jeringa de aspiración debe utilizarse especialmente en inyecciones para bloqueo.

Inyección Mandíbular, Regional o Troncular.

El paciente al abrir la boca, el plano oclusal de la mandíbula debe ser paralelo al piso. El borde anterior de la rama mandíbular se palpa con el dedo índice hasta que se detecta la parte más profunda de la curva (triángulo retromolar), con el cuerpo de la jeringa.

Colocado entre los premolares del lado opuesto; se dirige la aguja paralelamente al plano oclusal y hacia la rama mandíbular, hasta que alcanza la pared posterior del surco mandíbular. El nervio lingual comunmente se anestesia una pequeña cantidad con la mitad de la distancia en esta misma vía de inyección. Para completar la anestesia en la extracción de un molar inferior el nervio bucal largo debe anesthesiarse al aplicar en el pliegue mucobucal frente al primer molar haciéndola avanzar paralela con el plano oclusal hasta un punto opuesto al segundo o tercer molar donde se deposita una pequeña cantidad de anestésico.

Mentoniana.

Puede realizarse intra o extra oral, para localizar el agujero mentoniano palpese el área a nivel del apice de los premolares inferiores, hagase la punción en la membrana mucosa por arriba de este punto e introduscase la aguja en ángulo de 45° con respecto al plano bucal de la mandíbula depositándose el anestésico.

INTRUMENTAL

Hay una gran variedad de instrumentos para la cirugía de terceros molares inferiores. Cada cirujano debe elegir el me jo r de acuerdo a su técnica operatoria.

A continuación se enlistan un conjunto básico para la ci ru gía.

1. Mordillo.
2. Jeringa anestésica.
3. espejo
4. Pinza digital para tejidos.
5. Pinza digital para algodón.
6. Escapelo o mango de bisturí.
7. Legras.
8. Forceps de elección.
9. Elevadores rectos.
10. Elevadores apicales.
11. Elevadores de Cryer.
12. Elevadores de miller.
13. Elevadores de Potts.
14. Jeringa y recipiente, para irrigación
15. Eyector quirúrgico
16. Material de sutura.
17. Fresas quirúrgicas, Alta y Baja velocidad.
18. Pieza de mano de alta, - velocidad.
19. Motor de baja velocidad
20. Tijeras.
21. Porta agujas.
22. Separadores de Farabeau.
23. Pinzas de allis.
24. Cureta.
25. Lima para hueso.
26. Cisallas.

ASEPSIA:

"O Asepsis; metodo o" procedimiento por el que se intenta impedir la llegada de los germenos patógenos al organismo humano y evitar la infección contituye la base de la cirugia.

ANTISEPSIA:

Conjunto de procedimientos y prácticas destinadas a alejar o destruir germenos patológicos en especial por medio de agentes químicos y físicos.

El uso de antibioticos no debe disminuir el cuidado en la asepsia ya que la infección de una herida acarrea el fracaso de la operación o prolonga el proceso de la curación.

La cavidad bucal nunca esta quirúrgicamente limpia, puede evitarse la contaminación antes de la intervención utilizando algún enjuague antiséptico.

Todos los instrumentos deben ser esterilizados y colocados en charolas estériles, por medio de calor, substancias químicas farmacos con propiedades antisépticas, germicidas, bactericidas.

El operador debe usar guantes, bata, cubrebocas, lentes - todo estéril.

La cirugía aséptica es aquella que esta libre de toda con-
taminación o infección, por instrumentos o instrumentos mate-
riales empleados por el operador.

INDICACIONES

"Se considera candidato a extracción todo tercer molar que no sea útil al mecanismo dental".

1. La patología pulpar sea aguda o crónica en terceros molares siendo contraindicado en este la terapéutica pulpar o endodóntica condena a dicho molar.

2. La enfermedad periodontal aguda o crónica, incluso cuando no sea demostrable patología pulpar puede ser causa de la extracción.

3. Los terceros molares impactados, frecuentemente no toman su lugar en la línea de oclusión.

4. Consideraciones ortodónticas pueden requerir la extracción de los terceros molares así también por haber perdido su antagonista podía incluirse en esta categoría.

5. Las condiciones proteicas pueden requerir la extracción de terceros molares, no se debe permitir que estos molares queden en el área que sostendrá a la prótesis por que la compresión de la mucosa entre la corona y la dentadura ocasionará dolor y necrosis compresiva de la cobertura gingival.

6. En caso de haber patología en el hueso circundante, o en el tratamiento de la patología puede requerir la extracción, Ejemplos: Quistes, Osteomielitis, tumores, necrosis óseas, etc.

7. Molares en la línea de fuego de radiación terapéutica planeada en una área cercana, se extraen para la esteorradionecrosis del hueso. Para evitar pulpas necrosantes y sus secuelas.

8. Caries: En un tercer molar retenido queda en parte expuesto en parte al ambiente bucal su susceptibilidad a la caries es mayor por acumulos de restos de comida y difícil higiene.

9. La presión de la corona de un tercer molar que está eucpcionando contra la superficie radicular del segundo molar a veces puede ocasionar la resorción patológica de la raíz.

CONTRAINDICACIONES LOCALES

"pocas afecciones son contraindicaciones absolutas para la extracción de los terceros molares".

Se han extraído los terceros molares en presencia de todo tipo de complicaciones por necesidad. En estas situaciones es necesario preparar más al paciente para evitar cualquier lesión o para lograr la curación de la herida bucal.

1. Infección aguda con cédulitis no controlada debe tratarse para evitar que se extienda, actualmente cuando el nivel sanguíneo adecuado de algún antibiótico específico haya controlado los factores generalizados se extrae el molar.

2. La pericoronitis aguda se maneja conservadoramente -- que las otras infecciones locales debido a la flora bacteriana mixta que se encuentra en el área del tercer molar tenga un acceso más directo a los planos aponeuróticos profundos -- del cuello, y al hecho de que la extracción de este molar es un procedimiento muy complicado que incluye osisección.

3. La estomatitis infecciosa aguda es una enfermedad labil. debilitante y dolorosa complicada por exodoncia intercurrente.

4. La enfermedad maligna alterada por la extracción de

un molar incluido en el tumor reaccionará con exacerbación -- del tumor y falta de curación de la herida local

5. Los maxilares radiados pueden desarrollar radiosteomielitis aguda después de la extracción por falta de soporte sanguíneo la infección es muy dolorosa y puede terminar en muerte.

6. Cuando existe duda del futuro del segundo molar, (caries profunda, restauraciones externas, tratamiento endodóntico y extensa pérdida del hueso alveolar.

CONTRAINDICACIONES GENERALES.

1. La diabetes sacarina no controlada se caracteriza por infección de la herida y por no haber curación normal.

2. Las cardiopatías coronaria hipertensión descompensación cardiaca puede complicar la exodoncia.

3. Las discrasias sanguíneas incluyen anemias simples y graves, enfermedades hemorrágicas como la hemofilia y la leucemia.

4. Las enfermedades debilitantes de cualquier tipo hacen que los pacientes estén bajo alto riesgo si hay insultos traumáticos ulteriores.

5. La enfermedad de Addison o cualquier deficiencia de esteroides es extremadamente peligrosa.

6. La fiebre reumática se agrava con la extracción provocando endocarditis bacteriana sabaguda.

7. La nefritis provoca problemas al paciente para exodoncia.

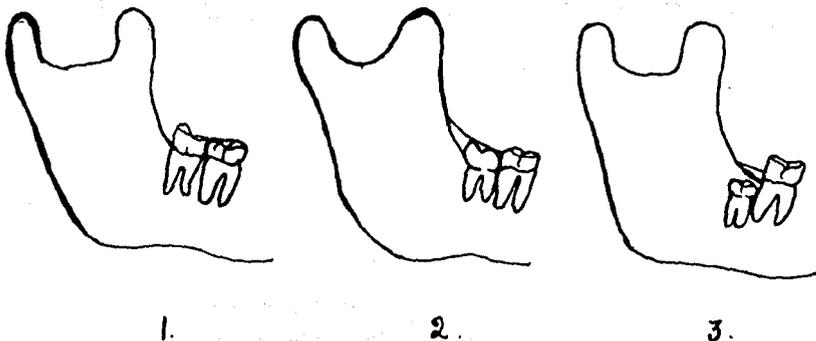
8. El embarazo en el primer y tercer trimestre.

9. Psicosis y neurosis reflejan inestabilidad nerviosa.-- que implica la extracción.

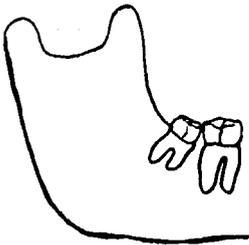
CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES

Los terceros molares retenidos se les suele clasificar - de acuerdo con la posición de su eje mayor en relación con el eje mayor del segundo molar adyacente.

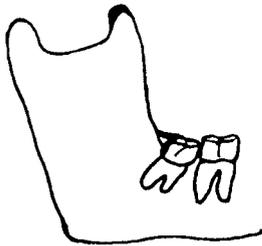
Clasificación de dientes impactados en maxilar inferior:



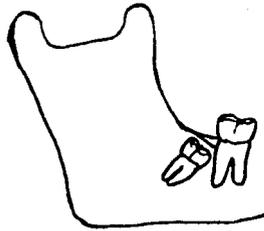
- 1.- Vertical expuesta (normal).
- 2.- Vertical cubierta de mucosa (intragingival).
- 3.- Vertical cubierta de hueso (intraosea).



1.



2.

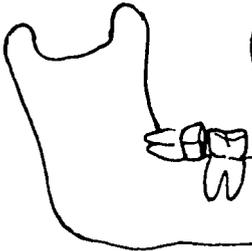


3.

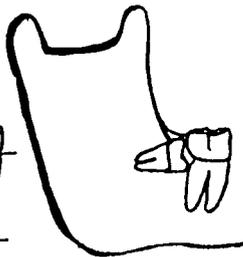
1. Mesioángular (expuesto)

2. Mesioángular (cubierto de mucosa)

3. Mesioángular (cubierto de hueso)



a.



b.

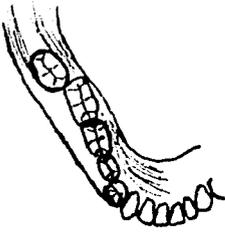


c.

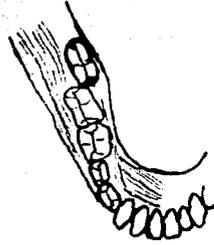
a.- Horizontal (clase 1)

b.- Horizontal (clase 2)

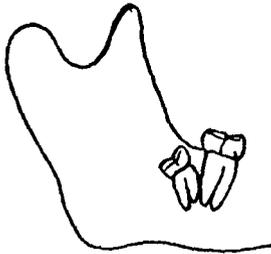
c.- Horizontal (clase 3)



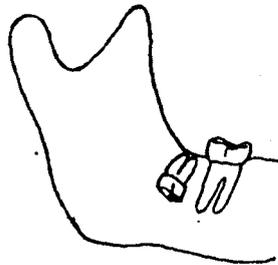
Buconversion



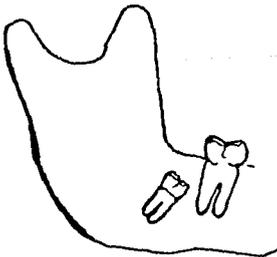
Linguoversión



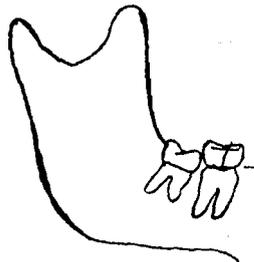
Distoangular



Invertida



Nivel Bajo



Nivel Alto

TECNICAS QUIRURGICAS

Después de realizar una Historia Clínica completa y escogido nuestro instrumental, seleccionado nuestro anestésico -- ideal y técnica a seguir podemos iniciar nuestra intervención quirúrgica.

La preparación para el paciente se inicia con un enjuague bucal de cualquier agente antiséptico para reducir el número de bacterias introbucales.

El campo quirúrgico debe ser estéril, dejando al descubierto nariz, boca, hasta el mentón.

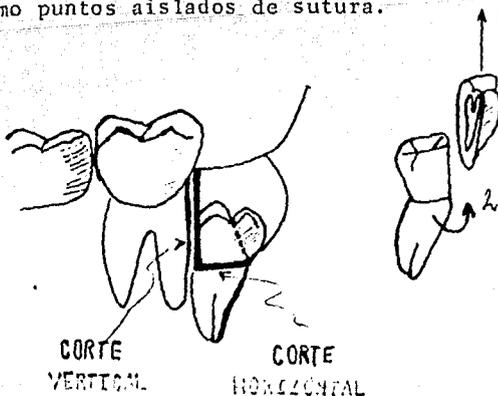
El operador deberá estar enguantado y usar cubrebocas y lentes.

La evaluación preoperatoria se debe llevar a cabo con radiografía adecuada que nos de la posición y ubicación de la pieza a extraer.

De acuerdo con la posición de la pieza es la técnica a seguir dependiente si la posición es Mesioángular, Distoángular Vértical, Horizontal o Invertida.

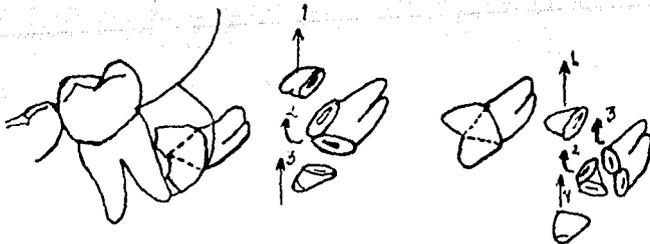
Impactación Vértical en Mandíbula.

Después de haber anestesiado correctamente proseguimos a realizar nuestro colgajo esto va a depender del nivel de la pieza cuando es nivel alto solo se limita a realizar la osteotomía distal; en caso de nivel bajo se procede a realizar --- nuestra insición a partir de la cara distal del segundo molar hacia la parte posterior a su vez de la cara distal sobre el cuello de este, dependiendo del caso se puede extender hasta el cuello del primer molar para tener un campo visual amplio, se levanta el colgajo con una cureta y se descubre la zona -- operatoria; acto seguido se efectua la osteotomía haciendo un corte con pieza de mano de alta velocidad y usando fresa quirúrgica de fisura en forma vértical entre la raíz distal del segundo molar y la raíz mesial del tercer molar retirando el hueso que pudiera cubrir la cúspide distal del tercero (osteotomía), se secciona la pieza, del surco central al cuello - distal del diente en forma vértical extrayendo así la cúspide distal (odontosección), a lo que le sigue la elevación de la parte restante, usando el elevador elegido; colocando por último puntos aislados de sutura.



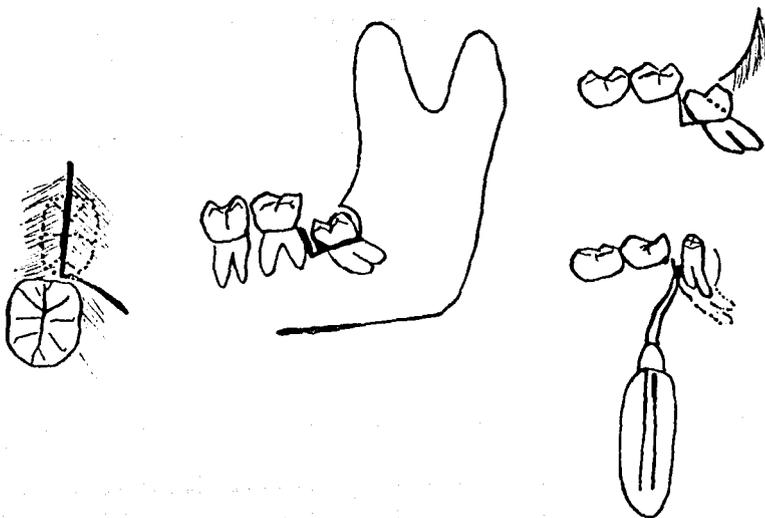
Impactación Horizontal.

En este caso los cortes son parecidos al vertical únicamente que en el caso de nivel bajo, a veces es necesario hacer el corte hasta el altura del apice de la raíz distal segundo molar, con el fin de descubrir el cuello anatómico del diente, procedemos a separar la corona de la raíz (odontosección), se puede realizar de un corte a nivel del cuello o bien seccionado del surco bucal hacia el cuello del lado mesial del diente y a su vez hacia su lado distal eliminando la porción distal primero y cortando el cuello del diente que nos dejará libre para retirar la porción mesial en caso de haber obstrucción para su salida, eliminando por último sus raíces de una intensión o bien seprándolas en caso de dificultad. El tratamiento de la cavidad deberá llevarse a cabo con cuidado a su proximidad con el nervio dentario inferior no se deberá legrear el piso de la cavidad alveolar sólo se raspará sus paredes de restos o esquirlas y finalmente se sutura.



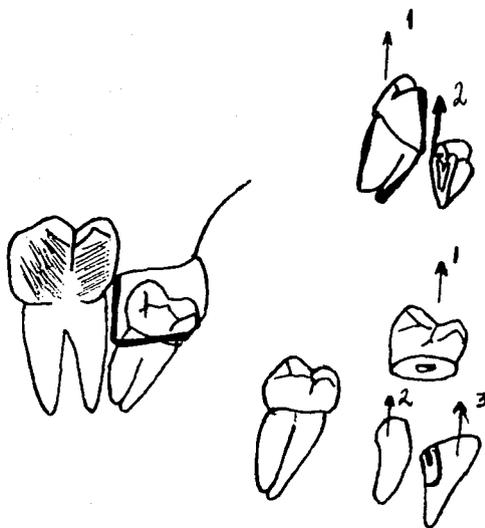
Impactación Mesioángular en mandíbula.

Se realizan los mismos cortes dependiendo del nivel de esta y también la parte distal va a depender del hueso en que este sujeta para que nuestros instrumentos tengan acceso para -- los movimientos de palanca. Se secciona la pieza del surco -- bucal al cuello distal no dirigiéndose hacia el lingual debido a lo delgado de la placa cortical lingual, ya que podríamos -- fracturarla se separa la corona y se extrae la parte distal en caso de no haber movilidad de la parte mesial, haremos palanca de mesial a distal cuidando de no tocar el segundo molar, una opción es realizar un punto de apoyo entre la bifurcación de -- las raíces con fresa quirúrgica y realizar palanca de ese punto hasta lograr la exfoliación de la pieza restante concluyendo con la sutura conveniente.



Impactación Distoángular en Mandíbula.

Se realizan los mismos principios básicos al tener expuesta la corona el secciona el surco bucal al cuello distal del diente elevando la porción mesial primero y después la porción distal. En caso de ofrecer resistencia se hace una variación realizando un corte horizontal separando la corona de la raíz retirando la corona y seccionando las raíces en forma vertical para su extracción sin tanto traumatismo.



CONCLUSIONES

De acuerdo a los temas tratados antes, podemos tener una idea de lo extenso que tenemos que dominar en cuanto a conocimientos básicos y prácticos que debemos tener presentes durante la intervención de una cirugía de tercer molar.

Así de este modo concluimos que debido al grado de dificultad de dicha cirugía no se debe realizar sin haber hecho -- una programación previa de la cirugía en la cual contemplemos puntos como son:

- Historia Clínica.
- Estado Actual del paciente.
- Plan de tratamiento.
- Pasos a seguir.

BIBIOGRAFIA

- Anatomía Dental, Fisiología y oclusión.

Russell C. Wheeler.

5a Edición

Cap. 14-15

Pág. 321-356

- Tratado de Cirugía Bucal Práctica.

Daniel E. Waite.

1a. Edición.

Capítulo 6 Pág. 76-83

Capítulo 8 Pág. 111

Capítulo 11 Pág. 148-160

- Tratado de Cirugía Bucal

Gustavo O. Kruger

4a. Edición.

Capítulo 1 pág. 1-3

Capítulo 6 Pág. 78-84

- Cirugía Bucal y Maxilofacial.

Daniel M. Laskin

Capítulo 2. Pág. 58-78

- Tratado Cirugía Oral.

Walter C. Guralnick.

Salvat

Capítulo I.