

120  
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES

**T E S I S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

**MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1993



## **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

I. INTRODUCCION.	.....	1
II. CONSIDERACIONES ANATOMICAS.		
2.1. Anatomía de la región.	.....	2
2.2. Anatomía de los terceros molares.	.....	3
2.3. Clasificación de los terceros molares.	.....	4
III. VALORACION QUIRURGICA.	.....	5
IV. CUIDADOS PRE-OPERATORIOS.		
4.1. Historia clinica.	.....	6
4.2. Medicación.	.....	6
4.3. Aseo bucal.	.....	6
4.4. Asepsia y antisepsia del lugar de la intervención quirúrgica.	.....	7
4.5. Asepsia y antisepsia del paciente.	.....	7
4.6. Asepsia y antisepsia del personal quirúrgico.	.....	7
4.7. Anestesia.	.....	9
V. TECNICA OPERATORIA.		
5.1. Extracción del tercer molar.	.....	12
5.2. Eliminación del capuchón.	.....	20

VI. CUIDADOS POST-OPERATORIOS. ....	21
VII. ACCIDENTES Y ERRORES DURANTE LA INTERVENCION QUIRURGICA. ....	22
VIII. CASOS CLINICOS REALIZADOS EN LA CLINICA DE EXODONCIA ....	25
8.1. Primer caso. ....	26
8.2. Segundo caso. ....	28
IX. COMENTARIOS. ....	29
BIBLIOGRAFIA. ....	30

\* \* \*

## I. INTRODUCCION

Dentro del proceso evolutivo del hombre el número de unidades dentarias se ha modificado; se afirma que en épocas pasadas se contaban cuatro molares, mientras que de los tres que en la actualidad poseen la mayor parte de los seres humanos el último tiende a desaparecer.

El tercer molar se va convirtiendo en un vestigio evolutivo; no es raro encontrarlo en nuestros días con deformaciones anatómicas como son raíces fusionadas o onganchadas al hueso alveolar, y corona desproporcionada al tamaño de la raíz, o con alguna desviación que no permita su correcta erupción presionando a veces los nervios dentarios, causando inflamación y apiñamientos dentarios.

En el presente documento se analizarán los tratamientos quirúrgicos pertinentes para la extracción de los terceros molares, conocidos comúnmente como "muelas del juicio", por los problemas que ocasionan.

## II. CONSIDERACIONES ANATOMICAS

### 2.1. ANATOMIA DE LA REGION

Se distinguen tres huesos importantes:

- A) Maxilar
- B) Mandibula
- C) Palatino.

A) Hueso esponjoso par de forma cuadrangular, que se relaciona en su parte superior con los malaras, unguis, cornetos inferiores, huesos propios de la nariz y cigomáticos, y en la inferior con la mandíbula.

En la parte externa encontramos: apófisis ascendente, orificio suborbitario por donde pasa el nervio suborbitario, espina nasal anterior, giba canina, foseta mirtiliforme, agujero dentario, l. tuberosidad del maxilar.

En la parte interna canaladura del lagrimal, seno del maxilar, apófisis orbitaria, escotadura palatina, apófisis palatina, cresta turbinal superior, palatino, conducto palatino inferior, espina nasal inferior, y rama ascendente.

B) Hueso impar constituido por un cuerpo y dos ramas ascendentes que se relaciona en su parte superior con el maxilar y temporal.

La cara externa se encuentra la sínfisis mentoniana, el cuerpo de forma cuadrangular, agujero mentoniano, línea oblicua externa, ángulo de la mandíbula y en la parte superior de las

ramas ascendentes cóndilo y apófisis coronoides.

En la cara interna de la rama ascendente se encuentra el cuello del cóndilo, agujero del conducto dentario y espina de Spix. En el cuerpo el surco milohioideo, línea oblicua interna.

C) Hueso par situado en la parte posterior de la cara por detrás del maxilar. Es compacto y se distingue una parte horizontal y una vertical.

En la cara externa se distinguen: facetas orbitaria y pterigomaxilar, apófisis piramidal, conducto palatino posterior y superficies interigomaxilar y articular para el pterigoides.

En la cara externa se distinguen: faceta esfenoidal, apófisis orbitaria, apófisis esfenoidal, apófisis piramidal, apófisis maxilar, cresta nasal y cresta turbinal (superior e inferior)

## 2.2 ANATOMIA DE LOS TERCEROS MOLARES.

Se divide en superior e inferior.

### MOLARES SUPERIORES

Son semejantes a los molares adyacentes, pero de menor tamaño.

La corona está constituida por cinco lóbulos de desarrollo y cuatro cúspides, o de una a tres cúspides en casos raros.

Las raíces pueden estar separadas o fusionadas.

### MOLARES INFERIORES

Son semejantes a los molares adyacentes pero de mayor tamaño.

La corona está constituida por cuatro lóbulos de desarrollo y puede tener de tres a cinco cúspides.

La raíz puede ser bifida o uniradicular.

### 2.3. CLASIFICACIONES DE LOS TERCEROS MOLARES.

Por su posición se clasifican en:

- A) Posición vertical.- El eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor del segundo molar; no origina desviación.
- B) Posición mesio-angular, disto-angular, linguo-angular, buco-angular u horizontal.- El eje mayor del tercer molar tiene una inclinación con respecto al del segundo molar o es perpendicular a él; origina desviaciones bucal, lingual, buco-lingual.
- C) Posición invertida.- También es llamada paranormal; el eje mayor del tercer molar es paralelo al del segundo molar pero las raíces van hacia el exterior.

### III. VALORACION QUIRURGICA

Los criterios que deben seguirse para realizar la extracción de terceros molares son clínicos y radiográficos.

#### A) Clínicamente se toma en cuenta:

- Estado de salud del paciente (exámenes de gabinete)
- molestias durante o no la oclusión
- inflamación anormal
- presencia de capuchón (fibrosis de la encía que impide la erupción dental)
- caries profunda
- granuloma o quiste en el ápice
- quiste dentígero

#### B) Radiográficamente se toma en cuenta:

- Posición dentaria
- interferencia con el nervio dentario
- interferencia con nervio facial (oído)
- funcionalidad
- molestia con el antagonista
- causa probable de aplastamiento dentario
- posibles retenciones

#### IV. CUIDADOS PREOPERATORIOS

##### 4.1. HISTORIA CLINICA

Es un documento legal y diagnóstico que permite al odontólogo conocer el estado general del paciente, incluyendo sus datos personales, nivel socio-económico, antecedentes patológicos, estado de salud actual y finaliza con el examen bucal y su valoración, diagnóstico y tratamiento a seguir.

Puede acompañarse de exámenes generales (química sanguínea, frotis, etc.) y de radiografías.

##### 1.4. MEDICACION

Se receta al paciente algún medicamento siempre que éste tenga alguna enfermedad que pudiera intervenir con la intervención quirúrgica, como son enfermedades nerviosas (epilepsia), hereditarias (S. Dawn), hemáticas (coagulación) anemias), etc.

##### 4.3. ASEO BUCAL

Se pide al paciente que antes de la sesión quirúrgica tenga un buen lavado bucal y en caso necesario se rasure barba y/o bigote.

#### 4.4. ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL LUGAR DE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

El quirófano o zona blanca debe mantenerse bien aseado con soluciones antisépticas, además de mantenerse la iluminación y ventilación adecuada.

El sillón quirúrgico debe acomodarse para la operación.

#### 4.5. ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL PACIENTE.

Se colocará un campo quirúrgico al paciente que cubra lo más posible, quedando al descubierto la boca del mismo (cincuenta por cincuenta), además de otro.

Cubrir la mesa y el instrumental.

El instrumental se colocará de acuerdo a su uso; primero la jeringa con anestesia y aguja, la hoja de bisturí con hoja número quince, legra para desbridar el tejido, pieza de mano con fresa quirúrgica, elevadores rectos y de bandera para ayudarnos a seccionar el diente si es necesario y luxarlo; lima para hueso y alveolotomo para quitar esquirlas, jeringa con suero para lavar, sutura con porta-agujas y tijeras.

Las gasas estériles se encontrarán en un lugar accesible.

#### 4.6. ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL PERSONAL QUIRURGICO

La piel aloja en su superficie la flora llamada transitoria que adquiere por contacto y en sus capas más profundas radica la flora residente; la preparación de la piel para cirugía solo puede eliminar parcialmente una de ellas.

El operador realizará el lavado de manos:

El tiempo correcto es de diez minutos. Existen numerosas técnicas para realizarlo de las cuales predominan el lavado anatómico y por tiempo.

Los lavabos deben estar adyacentes a la sala de operaciones, son unos cubos profundos en los que se tiene agua corriente accionada con los pies o rodillas por palancas de diseño muy variado, en la jabonera debe haber antiséptico. En la clínica el operador se lavará las manos y una persona lo asistirá.

En el primer tiempo se abrirá el paso del agua, se lavarán los espacios subunguales, el cepillo previamente esterilizado y enjabonado se llevará con movimientos cortos anatómicamente a las manos, (cuatro caras de cada dedo empezando con el pulgar después los pliegues interdigitales) al puño hasta llegar cinco centímetros arriba del pliegue del codo. Se enjuaga y se cambia de mano para realizar la misma maniobra.

En el segundo tiempo solo se llega hasta los pliegues de los codos.

En el tercer tiempo hasta el tercio inferior de los antebrazos.

El secado puede ser por medio de alcohol o el circulante le asistirá para que no se contamine la bata que puede ser desechable o de tela.

Llevará un gorro que tapanán los cabellos y si es una dama no llevará aretes, pulcoras o collares.

El asistente le colocará los guantes de forma que no vayan a sor tocados por la piel del operador ni del asistente.

Únicamente el operador tocará los instrumentos y realizará la operación.

El ayudante y circulante llevarán los principios de vestido del operador, el ayudante se encargará de pasar el instrumental, detener el colgajo, colocar el eyector adecuadamente, limpiar la cara del paciente frecuentemente de forma que siempre esté limpio.

El circulante no llevará guantes, se encargará de colocar la posición adecuada al paciente, colocar la luz, detener el vaso de suero (el ayudante llenará las jeringas, lavará la zona que se estará operando) el circulante llevará la hoja de bisturí, se la dará al ayudante de forma que él no toque la hoja (abrirá la envoltura, entonces el ayudante llevará la hoja de bisturí por medio de unas pinzas de mosquito) llevará gasas estériles protegidas con una envoltura, se las dará al ayudante abriendo la envoltura, el ayudante tomará únicamente las gasas ya que él tiene guantes.

#### 4.7. ANESTESIA.

No es necesario generalmente. Si lo amerita es porque el paciente es aprensivo, está enfermo sistémicamente (nervios, síndrome de Dawn, entre otras). De acuerdo a la patología se aplicará el anestésico.

\* Oxido Nitroso. Es el único gas inorgánico de uso clínico desde los principios de la anestesia, se encuentra en cilindros azules, no es inflamable y tiene un olor dulce, no irritante, no tóxico. Efectos: cardiovasculares y respiratorios poco pronunciados, no produce relajación muscular, requiere oxígeno para su

administración.

- \* El cloroformo, ciclopropano, éter divinílico, halotano son ejemplos entre otros que se administran por inhalación.
- \* Los barbitúricos, por vía endovenosa.
- \* La combinación de basal o neuroleptoanalgesia (fentanil y droperidol), también producen anestesia.

La anestesia local o regional es un bloqueo reversible de la percepción o transmisión del dolor por la acción directa de un fármaco anestésico según Archundia.

La Carbocaina (Mepivacaina); Clorprocaina (Nesacaina); Prilocaina (Citanest); Marcaina (Bupivacaina); Meticaina (Piperocaina); Ciclaina (Hexilcaina); Novocaina (Procaina); Pantocaina (Tetracaina); Xilocaina (d) (Lidocaina), son anestésicos locales utilizados.

#### Técnica local superior

Para tercer molar, anestesiarnos por bucal, la aguja con bisel hacia el hueso e inyectamos dos cuartos de cartucho y por palatino a la altura de la raíz un cuarto de cartucho, debido a que el maxilar es un hueso esponjoso comienza a hacer su efecto más rápido.

#### Técnica local inferior

- ~ Método directo- palpamos el triángulo inferior de la cara interna de la rama descendente de la mandíbula a la altura de los premolares, inyectamos con el bisel de la aguja hacia el hueso en un plano superficial y en otro más profundo.

~ Método indirecto- palpamos el triángulo inferior de la cara interna de la rama descendente de la mandíbula, inyectamos un cuarto de cartucho, giramos a la altura de los premolares del lado opuesto inyectamos en un plano más profundo medio cartucho, retiramos y colocamos un cuarto de cartucho.

## V. TECNICA OPERATORIA

### 5.1. EXTRACCION DEL TERCER MOLAR

Una vez que se ha pasado de la zona gris (en donde se anestesió) a la blanca se procede a la operación siguiendo los pasos descritos a continuación :

- A) INCISION.\_ Los cortes más comunes utilizados para terceros molares son: vertical, semilunar, semilunar modificada (combinada). Se realizará de una sola intensión, de lejanía a cercanía, mango de bisturí número tres y la hoja del número quince u once.
- B) DESBRIDACION.\_ Se realizará con una legra o un elevador para separar los tejidos que rodean al diente (encia).
- C) OSTEOTOMIA Y OSTEECTOMIA.- En caso de que el diente esté cubierto por lámina ósea se procede a retirarla elevando la superficie que abarca y los factores de riesgo, ya sea por técnica de martillazo (actualmente en desuso por ser altamente traumática) o con pieza de alta o baja velocidad, haciendo un punto y después círculos que van ampliándose.
- D) ODONTOSECCION.- De ser necesario, se hace una ranura en el diente con pieza de alta o baja velocidad y se termina el seccionamiento con elevador recto o de bandera.
- E) LUXACION.- Con elevador recto o de bandera se hace que el diente se desprenda del hueso rompiendo las fibras parodontales.
- F) EXTRACCION.- Se elimina con el elevador o forceps en caso de que sea necesario. Se analiza la forma de la raíz en su

totalidad, si no está formada toda la pieza se retirará el saco folicular, así como quiste o granuloma donde usaremos cureta para removerlo.

G) LIMADO DE HUESO.- Se eliminan las astillas y salientes de hueso.

H) CIERRE DE LAS TABLAS EXTERNAS.- Por medio de las yemas de los dedos se acercan entre sí las láminas óseas que quedan abiertas en el momento de la extracción. Se lava con suero o agua bidestilada.

I) SUTURA.- LA SUTURA PUEDE SER:

A) Absorbible : animal (catgut, simple, medio crómico, crómico)  
sintéticos (ác. poliglicólico, poliglactín 910)

B) No absorbible : animal-seda  
vegetal-algodón, lino  
mineral-acero inoxidable en hilo y grapas  
sintéticos-nailón, terileno, dacrón,  
poliester, poliestireno, polipropileno,  
teflón.

Siendo el más utilizado en cirugía bucal el catgut tres ceros.

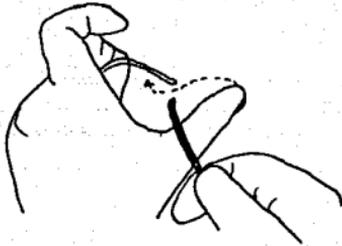
El ayudante lo tomará, lo llevará al portaguja. Cuando el operador lo esté utilizando el ayudante lo tomará en una gasa.

Con aguja curva de preferencia atraumática (hilo colocado a presión). Aunque podemos encontrar agujas de ojo simple, de ojo automático o de ojo frances (doble ojo y una herradura) que son altamente traumáticas colocamos el hilo. Realizamos generalmente

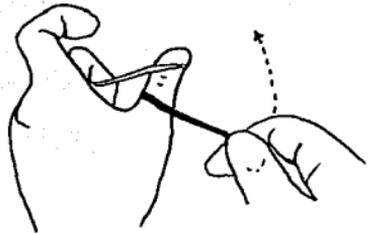
sutura por surjete continuo en donde en el ángulo de la incisión, se pasa la aguja por los bordes y se hacen varios nudos sucesivos. El hilo corto se refiere con una pinza, la aguja enhebrada, se atraviesa en forma sucesiva y oblicuamente uno y otro labio del plano anatómico que se sutura. El ayudante debe mantener el hilo tenso y no soltarlo, se hace un punto entrecruzado del hilo cada tres o cuatro puntos. Se termina el surjete con el hilo tenso y haciendo un lazo con el último punto, se anuda varias veces, se cortan los hilos.

PRIMERA FORMA.

NUDOS QUIRURGICOS.



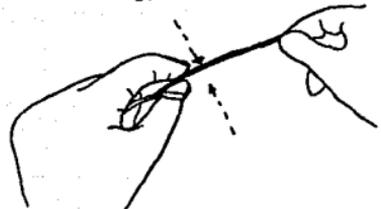
\*1\*



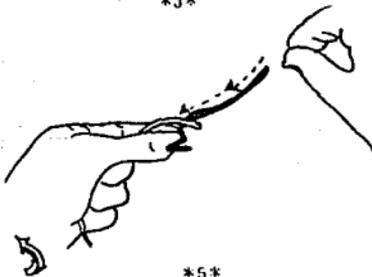
\*2\*



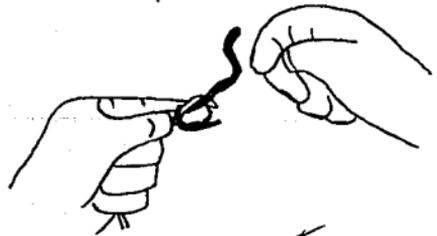
\*3\*



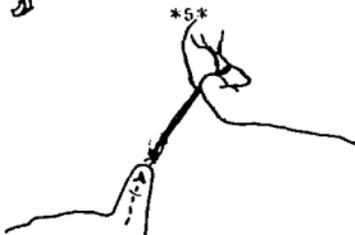
\*4\*



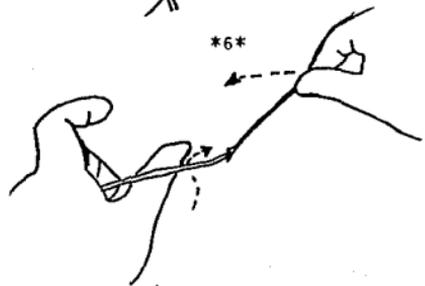
\*5\*



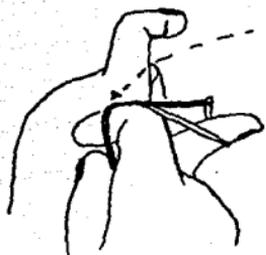
\*6\*



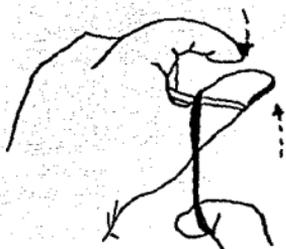
\*7\*



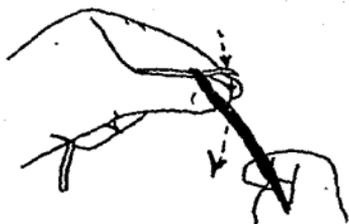
\*8\*



\*9\*

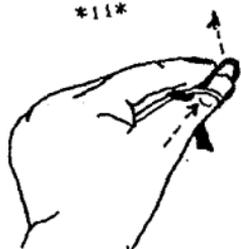
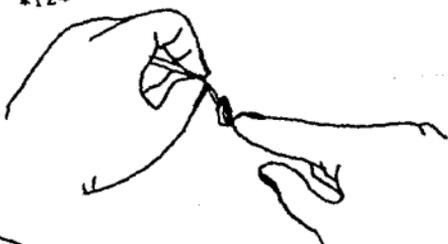


\*10\*



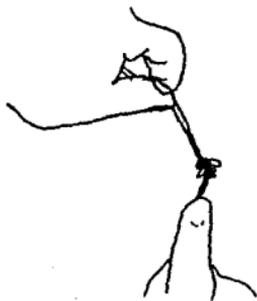
\*11\*

\*12\*



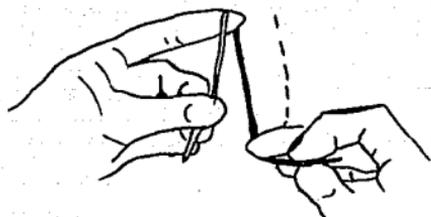
\*13\*

\*14\*

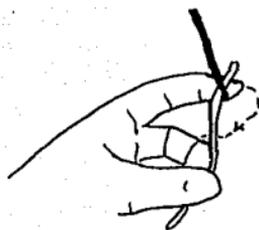


\*15\*

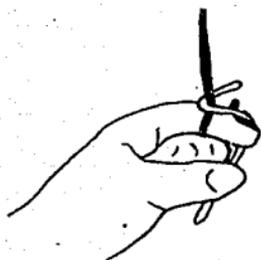
SEGUNDA FORMA



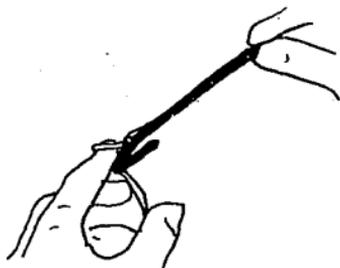
-1-



-2-



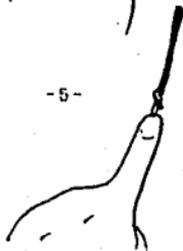
-3-



-4-

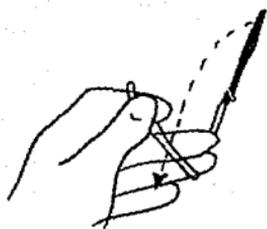


-5-

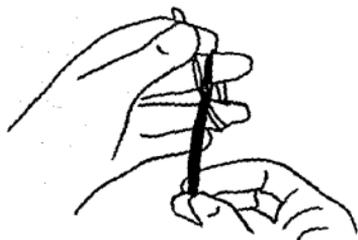


-6-

-18-



-7-



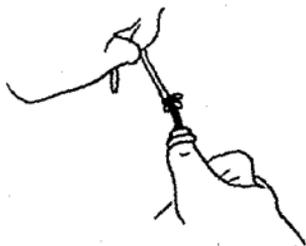
-8-



-9-

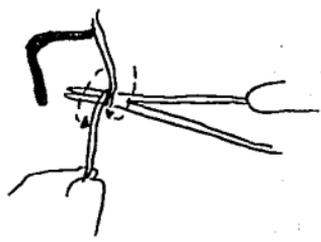


-10-

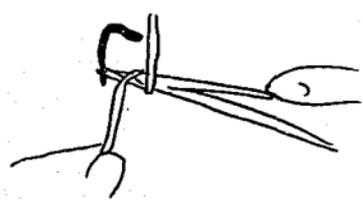


-11-

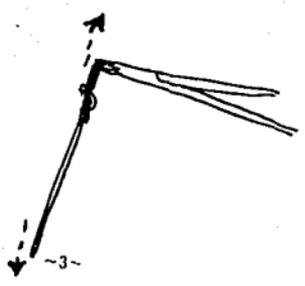
TERCERA FORMA



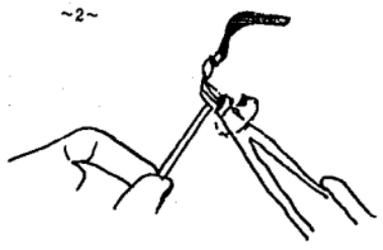
~1~



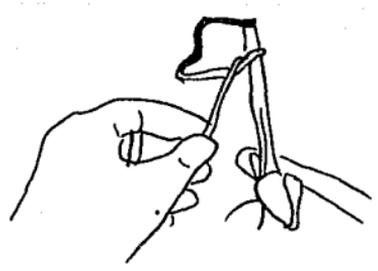
~2~



~3~



~4~



~5~



~6~

## 5.2. TECNICAS DE ELIMINACION DEL CAPUCHON SOBRE EL TERCER MOLAR INFERIOR.

Cuando el capuchón estorba para la erupción del tercer molar, éste tiene antagonista, hay espacio suficiente y funciona el diente :

- a) Se retira el capuchón quirúrgicamente haciendo una desbridación con incisión paralela. Se sostiene con pinzas y se corta con tijeras.
- b) Se retira el capuchón con galvanocauterización. Se utiliza el galvanocauterío a manera de bisturí en una sección.

## VI. CUIDADOS POSTOPERATORIOS

El coágulo se formará durante catorce minutos aproximadamente después de la intervención.

Se receta un analgésico y un antibacteriano, éste último sólo en caso necesario.

Se recomienda al paciente :

\* Empleo de compresas frías durante quince minutos, alternando con quince minutos de reposo. Al día siguiente compresas tibias o calientes para evitar una inflamación excesiva.

\* Aseo bucal, técnica adecuada y enjuagues bucales

La dieta es blanda y sin irritantes (nieve).

Debe haber un seguimiento por parte del operador de la cicatrización así como el retiro oportuno de la sutura, con tijeras.

## VII. ACCIDENTES Y ERRORES DURANTE LA INTERVENCION QUIRURGICA

El operador puede no anestesiarse correctamente al paciente (punción) lesionar tejidos adyacentes (dientes, tejidos duro o blando), que la pieza de alta velocidad no funcione adecuadamente, lesionarse el operador con los mismos instrumentos, no cicatrización adecuada, el no indicar al paciente la importancia que tiene el que siga cuidadosamente nuestras indicaciones, por lo consiguiente tener lesiones como hemorragias, se puede presentar que tengamos errores en la anestesia-que sea alérgico o desarrolle alguna alergia

- mala aplicación de parte del operador
- aplicación de un anestésico fuera de caducidad
- fractura de la aguja
- sobreintoxicación.

También se puede presentar que el operador se extienda mucho en su labor y provoque reacción tisular en el paciente, en el maxilar superior si no se realiza la operación con cuidado el molar puede irse a tejido blando, en inferior puede provocarse lesión en mucosa, labio del lado opuesto, lesión al nervio dentario inferior, el sobrepasamiento de ostectomía puede provocar el debilitamiento de la mandíbula ocasionándole una fractura o propensión a fractura así mismo una fuerza mal aplicada puede provocar un trauma en la articulación temporomandibular y en los maxilares.

Pericoronitis.

Se origina en la época de erupción del tercer molar, es

brusco cuando el capuchón que cubre el molar retenido o parcial o totalmente se inflama, es incidioso cuando hay dolores, inflamación ligera, trismus entre el diente y el capuchón.  
Tratamiento : enfatización en la higiene oral, antibiótico y extracción del molar.

#### Gingivitis o gingivoestomatitis

Irritación alveolar producida por el molar en erupción y tejidos adyacentes es unilaterial regional se recomienda antibiótico, la extracción del tercer molar se realizará cuando se haya aliviado.

Ulceras debajo del capuchón.

Inflamación con ulceración dolorosa causada por el trauma de las cúspides de los molares superiores o alimentos sobre la cara inferior del capuchón.

Operculitis.

Infección solo en el colgajo gingival.

#### \*Accidentes nerviosos

Trismus

Problemas musculares en donde se recomienda la mecanoterapia con calor así como un relajante muscular.

Sobre el nervio dentario inferior, puede ocurrir trastornos reflejopáticos y neurotróficos en donde el tratamiento consiste en la eliminación de la causa.

Abcesos

Colección purulenta entre el músculo constrictor superior

de la faringe y la mucosa faringea y amigdalina y se localiza en las zonas adyacentes. el tratamiento consiste en drenar, antibiótico y cuando haya desaparecido el absceso la extracción.

**\*Accidentes linfáticos o ganglionares**

Ganglio con bastante infección causada por una infección de gran virulencia o el estado de salud resentido del paciente.

**\*Accidentes tumorales**

Quistes dentigeros asi como los queratoquistes en donde tenemos que efectuar un curetaje.

**VIII. CASOS CLINICOS**

## PRIMER CASO

Se realizó el día viernes dos de abril de mil novecientos noventa y tres en la Clínica de Exodoncia de la Facultad de Odontología por María José González Camacho a las diecisiete horas y terminando a las diecisiete cuarenta horas.

Paciente: Silvestro Martín Villa Maya.

Edad: 24 años

Sexo : masculino

Ocupación: estudiante

Resultados de la Historia Clínica: paciente aparentemente sano.

### Radiográficamente

El tercer molar se encuentra en una posición clase dos de Ries Centeno buco-mesio-angulada, con una parte radiolúcida alrededor de la corona.

### Clinicamente

Presenta inflamación de la encía alrededor del diente y una lesión en la mucosa debida a una mordida.

### Procedimiento

- Se anestesió con la técnica mandibular regional del lado izquierdo (nervio dentario inferior, bucal y la mitad del lingual.
- Se le hizo un corte hasta ver la corona dental.
- Se desbridó con una legra el tejido adyacente.
- Se le realizó la ostectomía y odontosección para liberar las retenciones que obstruyeran la extracción.
- Con un elevador se procedió a luxar el diente y a realizar la extirpación.

- Se lavó frecuentemente y se secó para obtener buena visibilidad.
- Con lima para hueso se eliminaron esquirlas óseas
- Se unieron las tablas externas.
- Se suturó y se colocó una gasa estéril que después se retiró
- Se le dieron las recomendaciones postoperatorias.
- Ya cicatrizado el tejido, una semana después de la extracción se retiraron las suturas. No hubo complicaciones dentro del tratamiento.

## SEGUNDO CASO

Se realizó el viernes veintiseis de marzo de mil novecientos noventa y tres en la Clínica de Exodoncia de la Facultad de Odontología por María José González Camacho a los diecisiete horas y terminando veinte minutos después.

Paciente: Victoria Temolchi

Edad: 23 años

Sexo: femenino

Ocupación: estudiante

Resultados de la Historia Clínica general y bucal: paciente aparentemente sano.

### Radiográficamente

El tercer molar se encuentra en posición vertical sin desviación, con corona erupcionada.

### Clinicamente

Presenta inflamación pericoronaria, dolor a la palpación, así como al abrir la boca.

### Procedimiento

- Se anestesió con la técnica mandibular regional del lado izquierdo directamente.
- Se luxó el diente
- Con forceps número 222 se extrajo el diente
- Se lavó y se colocó una gasa esteril por un tiempo para realizar hemostasia, no hubo necesidad de suturar.
- Se le dieron indicaciones postoperatorias no habiendo complicación alguna.

#### X.COMENTARIOS

Doy a conocer las distintas modalidades en que encontramos este diente así como distintas clasificaciones, la forma de tratar al paciente y las complicaciones que se puedan presentar.

Es una obligación del operador conocer anatómicamente la zona así como los métodos auxiliares (radiografías, palpación) para cometer los errores mínimos así como el estudio previo de lo que se va a realizar.

Siempre estamos expuestos a que se presenten accidentes durante la operación por lo que es necesario tener el equipo adecuado.

Enfatizo sobre la asepsia y antisepsia ya que estos principios nos ayudan a evitar problemas . No siempre se logra tener el consultorio ideal pero nosotros procurando llegar siempre a lo ideal ayudaremos al paciente y a nosotros mismos.

Cuando se nos dificulta la extracción dentaria es necesario tener paciencia así como la odontosección es una alternativa ya que no es lo ideal extraer el diente íntegro sino tratar al paciente el menor tiempo posible y lastimarlo mínimamente.

El mantener el bote de basura atrás del sillón dental y limpiar frecuentemente la cara son algunos principios que nos ayudarán .

Es necesario tener en cuenta: la salud del paciente, material necesario a usar, asepsia y antisepsia, visibilidad tanto en la posición del paciente como de nosotros mismos, la evolución de la cicatrización.

BILIOGRAFIA

ARCHUNDIA GARCIA, Abel: "Educación Quirúrgica".

Edit. Francisco Méndez Cervantes, México, 1981.

P.p. 129, 136, 182, 218, 255.

DIAMOND, Moses: "Anatomía Dental".

Edit. UTEHA, 2a. edición, México, 1987.

P.p. 103, 104, 127, 128.

KRUGER: "Cirugía Bucomaxilofacial".

Edit. Medicina Panamericana, 5a. edición, México, 1986.

P.p. 13-38, 57, 83-94.

QUIROZ GUTIERREZ, Fernando: "Anatomía Humana".

Edit. Porrúa, 27a. edición, México, 1987.

P.p. 97-110.

RIES CENTENO, Guillermo: "Cirugía Bucal".

Edit. El Ateneo, 9a. edición, Buenos Aires, 1987.

P.p. 224, 276, 302-304.

RIES CENTENO, Guillermo: "El Torcer Molar Inferior Retenido".

Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1960.

P.p. 13-323.