

347
2ey



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Vº Bº
[Handwritten signature]

CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES

T E S I S

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

REBECA PEREZ RODRIGUEZ



México, D. F.

1988



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.

INTRODUCCION

LA CIRUGIA ESTA ENTRANDO A SU ETAPA DE MADUREZ, NO SOLO CLINICA, FILOSOFICA Y CIENTIFICA, SINO EN SU DISEMINACION PRACTICA Y PUBLICA.

ESTO TRAE COMO RESULTADO UN MAYOR VALOR A LA ESPECIALIDAD, - TODO CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE UNA ESPECIALIDAD TRAE CONSIGO MUCHAS VECES LAGUNAS FORMADAS POR LO VIOLENTO DE SU CRECIMIENTO DEJANDO AL GARETE LAS NORMAS QUE NOS RIGEN, ORILLANDO O FORZANDO INCONCIENTEMENTE AL OPERADOR A CEÑIRSE A PARAMETROS COSTUM - BRISTAS PERO FALSOS.

CUANDO EL OPERADOR SIENTE LA FALTA DE RECURSOS, ES EL MOMENTO OPORTUNO PARA VOLVER LA VISTA ATRAS Y DIRIGIR LA ATENCION A LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA MEDICINA.

ES PERTINENTE REPETIR ALGO QUE ESTA ESCRITO EN MUCHOS LIBROS: " PARA REALIZAR ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA, LO MAS IMPORTANTE ES CONOCER EL AREA POR INTERVENIR".

ES PUES, EL MOMENTO DE INICIAR A NIVEL DOCENTE, UN EXAMEN DETALLADO DE LA CRISIS ODONTOLOGICA EN QUE NOS ENCONTRAMOS Y TRATAR DE DARLE EL VALOR Y SIGNIFICADO REAL A CADA UNO DE LOS PA - SOS QUE CONFIGURAN ESTA ESPECIALIDAD, PARA PODER ESPERAR UN FUTURO MAS BRILLANTE DE ESTA PROFESION.

I. INTRODUCCION

CAPITULO 1.

HISTORIA DE LA CIRUGIA. p.p. 1

CAPITULO 2.

HISTORIA CLINICA p.p. 6

CAPITULO 3.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES
DE ACUERDO A SU POSICION. p.p. 22

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES
DE ACUERDO A SU POSICION. p.p. 25

CAPITULO 4.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO p.p. 29

CONSIDERACIONES SOBRE LA TRADUCCION RADIOGRAFICA DE LAS
IMAGENES DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO. p.p. 31

CAPITULO 5.

BIOPSIA

* DE TEJIDO BLANDO p.p. 33

* DE HUESO p.p. 34

* SOLICITUD DE EXAMEN PATOLOGICO p.p. 36

* INFORME DEL PATOLOGO p.p. 36

OPINION PERSONAL p.p. 38

CONCLUSIONES p.p. 39

BIBLIOGRAFIA p.p. 40

HISTORIA DE LA CIRUGIA.

LA CIRUGIA ES UNO DE TANTOS RESULTADOS DEL DESARROLLO DEL CO -
NOCIMIENTO HUMANO Y SU EVOLUCION HA ACOMPAÑADO PASO A PASO LOS -
CAMBIOS SOCIALES, ECONOMICOS, Y CULTURALES DE LOS TIEMPOS. MUCHOS
DE ESTOS CAMBIOS SE ESTAN REALIZANDO EN NUESTRA PRESENCIA Y OTROS
HABRAN DE PRODUCIRSE EN EL ASCENSO DEL HOMBRE.

LA NOCION DE CIRUGIA TIENE SUS ORIGENES EN LA MAS REMOTA ANTI-
GUEZAD Y SU NOMBRE, DERIVADO DEL GRIEGO, NOS HABLA ADEMÁS DE SU
LINAJE MITOLOGICO. EN SU ETIMOLOGIA, EL TERMINO DEFINE A "LA RA-
MA DE LA MEDICINA QUE TRATA DE LOS PADECIMIENTOS POR MEDIOS MANUA
LES E INSTRUMENTALES", Y PARA EL PROFESIONAL SIGNIFICA O EXPRESA,
EL MANEJO INTEGRAL DE LOS ENFERMOS QUE SE ATIENDEN CON ESTA DISCI
PLINA.

LOS HISTORIADORES SE AFANAN EN ENCONTRAR PRUEBAS DE ACTOS QUI-
RURGICOS EJECUTADOS EN LA PREHISTORIA. PROBABLEMENTE EN ESA EPO-
CA EXISTIO UNA TERAPEUTICA DE INTUICION Y ACTOS DE AYUDA MUTUA -
QUE SE VEN EN MUCHOS NIVELES DE LA ESCALA ZOOLOGICA, PERO SIN CO-
NOCER LOS PRIMEROS ELEMENTOS DE LA CIVILIZACION HUMANA, NO PODE -
MOS JUZGAR LA ACTUACION MEDICA DE LOS HOMBRES PRIMITIVOS.

PROBABLEMENTE LA TENDENCIA DOMINANTE DE NUESTROS ANCESTROS FUE
EL ATRIBUIR LAS ENFERMEDADES A CAUSAS SOBRENATURALES: ESTO DIO
ORIGEN A LA PRACTICA MAGICA. UNA MUESTRA DE ELLO, SON LOS CRA --
NEOS QUE TIENEN TREPANACIONES REALIZADAS EN VIDA DEL SUJETO, HE -
CHO QUE SE DEDUCE POR LA CICATRIZACION OSEA DE LOS BORDES DE LOS
ORIFICIOS. SE BUSCABA CON ESTO DAR SALIDA A ENTIDADES MALEFICAS
Y SIMPLEMENTE SE HACIA CON FINES RELIGIOSOS. SE PUEDE AUGURAR -
QUE EL ESPIRITU MAGICO PRIMITIVO SE PROLONGA A TRAVES DEL TIEMPO,
SIN SER OLVIDADO EN NUESTROS DIAS.

LA CIRUGIA BUCAL HA SIDO DESCRITA COMO LA PARTE DE LA ODONTO -
LOGIA QUE SE OCUPA DEL DIAGNOSTICO Y LOS TRATAMIENTOS QUIRURGICOS
Y MEDICAMENTOSOS DE LAS ENFERMEDADES, LESIONES Y DE LAS DEFICIEN

CIAS DE LOS MAXILARES DEL SER HUMANO Y ESTRUCTURAS ASOCIADAS. LA CIRUGIA BUCAL ES LA MAS ANTIGUA ESPECIALIDAD ODONTOLOGICA RECONOCIDA. MUCHOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA BUCAL PUEDEN SER Y SON -- REALIZADOS POR EL DENTISTA GENERAL.

HUBO UN TIEMPO EN EL QUE EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES --- DENTARIAS POR MEDIO DE INCISION Y DRENAJE DE PUS Y LA SUBSECUENTE EXTRACCION DE LOS DIENTES CONSTITUIAN LA MAYOR PARTE DE LA PRAC - TICA DE LA CIRUGIA BUCAL REALIZADA POR LOS DENTISTAS. LA ADICION DE SALES DE FLUOR A LOS ABASTECIMIENTOS DE AGUA POTABLE HA DADO - LUGAR A UNA REDUCCION ESPECTACULAR EN LA FRECUENCIA Y LA GRAVEDAD DE LA CARIES DENTAL. CON LOS AVANCES DE LA SALUD DENTAL Y LAS -- MEJORAS EN LAS TECNICAS DE CONSERVACION Y REPARACION DE DIENTES - ENFERMOS, EL DENTISTA HA PODIDO DEDICAR MAYOR ATENCION A LAS NE - CESIDADES RESTAURATIVAS Y PERIODONTALES DE SUS PACIENTES. ESTE - CARACTER CAMBIANTE DE LA ODONTOLOGIA TAMBIEN HA HECHO POSIBLE QUE EL DENTISTA GENERAL AUMENTE EL NUMERO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE -- CIRUGIA BUCAL QUE ES CAPAZ DE LLEVAR A CABO EN SUS PACIENTES.

ASI, GENERALMENTE PUEDE TRATAR LOS FRENILLOS LABIAL Y LINGUAL, REDUCIR TUBEROSIDADES OSEAS Y FIBROSAS DEL MAXILAR SUPERIOR, ELIMINAR LOS TORI DEL MAXILAR INFERIOR, EXTIRPAR RAICES RETENIDAS Y QUISTES PEQUEÑOS Y EXTRAER PIEZAS DENTARIAS DE PACIENTES A LOS -- QUE ANTES HUBIERA TENIDO QUE ENVIAR A UN ESPECIALISTA EN CIRUGIA BUCAL, HA PERMITIDO A MUCHOS DENTISTAS GENERALES DEDICAR SUS ES -- FUERZOS ENTERAMENTE A LA TERAPEUTICA RESTAURADORA Y PERIODONTAL, AL HACER POSIBLE PARA ELLOS ENVIAR TODOS LOS PACIENTES QUE REQUIE- REN LOS METODOS ACABADOS DE MENCIONAR A UN CIRUJANO BUCAL.

EL DENTISTA GENERAL DESEMPEÑA UN PAPEL EN LA CIRUGIA BUCAL NO SOLO CUANDO EL MISMO EJECUTA ALGUN TRABAJO QUIRURGICO, SINO TAM - BIEN CUANDO ENVIA PACIENTES A UN ESPECIALISTA EN CIRUGIA BUCAL. - EL CIRUJANO BUCAL TIENE QUE DEPENDER DE LOS DENTISTAS GENERALES, TIENEN LA OPORTUNIDAD DE ATENDER PERSONALMENTE LOS CASOS, ENVIAR- LOS A OTRO MEDICO U OBSERVARLOS, Y FRECUENTEMENTE TIENEN QUE TO -

MAR TALES DECISIONES. HAN TENIDO LA OPORTUNIDAD DE APRENDER EN LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA Y DE PERFECCIONAR, MEDIANTE EL USO REPETIDO DURANTE LOS AÑOS DE EJERCICIO DE SU PROFESION, MUCHOS DE LOS METODOS QUE DESEAN LLEVAR A CABO COMO PARTE DE SU PRACTICA SISTEMATICA. DESTREZA Y SEGURIDAD SOLO PUEDEN OBTENERSE A TRAVES DE REPETIDAS EXPERIENCIAS Y DE VALORACION CRITICA DE LOS RESULTADOS.

NO HAY UN ACUERDO UNIFORME ACERCA DE CUALES SON LOS METODOS EN PARTICULAR QUE EL DENTISTA GENERAL DEBERIA SER CAPAZ DE REALIZAR POR SI MISMO Y CUALES DEBERIAN DE SER REALIZADOS SOLAMENTE POR UN CIRUJANO BUCAL. DE HECHO, LOS CAMPOS SE CONFUNDEN, INCLUYENDO ALGUNOS METODOS QUE PODRIAN SER PRACTICADOS POR EL DENTISTA GENERAL, PERO QUE EL CIRUJANO BUCAL PUEDE REALIZAR CON MAS PERICIA Y CON MAYOR BENEFICIO PARA EL PACIENTE. POR SUPUESTO, PARTE DE LA CIRUGIA POR CLASIFICAR EN ESTA AREA DEPENDE EN MUCHO DE CADA DENTISTA EN PARTICULAR, DE SU HABILIDAD EN CIRUGIA MENOR; DE SUS CONOCIMIENTOS ADICIONALES EN OTROS CAMPOS ESPECIALIZADOS, TALES COMO ORTODONCIA Y PROSTODONCIA; Y DE SUS MEDIOS MATERIALES. POR CONSIGUIENTE, CORRESPONDE A CADA DENTISTA DECIDIR POR SI MISMO LOS LIMITES DE SU CAPACIDAD EN CIRUGIA BUCAL.

DEBERIA CONSIDERAR LA EXACTITUD DE SU DIAGNOSTICO, SU CONOCIMIENTO DE LA ANATOMIA DE CABEZA Y CUELLO Y DE SU HABILIDAD PARA MANEJAR CUALQUIER COMPLICACION O SITUACION DE URGENCIA QUE PUDIERA PRESENTARSE. CUALESQUIERA QUE SEAN LOS METODOS QUE ESCOJA EL DENTISTA, TENDRIA QUE REALIZARLOS BIEN Y A MENUDO, PARA MANTENER SU DESTREZA. DEBERA POSEER EL EQUIPO ADECUADO Y AYUDA DIGNA DE CONFIANZA DE MANERA QUE AQUEL PUEDE OFRECERSE LA OPORTUNIDAD DE OBTENER UNA ASISTENCIA BUCAL COMPLETA.

INTENTAR LLEVAR A CABO PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS QUE EL DENTISTA GENERAL REALIZA SOLO EN FORMA POCO FRECUENTE, CON BASE A ELLO EVITARA AL PACIENTE LA INCONVENIENCIA DE UNA VISITA AL ESPECIALISTA O IGNORAR UNA AFECCION LATENTE, PERO QUE POTENCIALMENTE

PUEDE ACARREAR FUTURAS COMPLICACIONES, REPRESENTA UN POBRE AUXILIO PARA EL PACIENTE. LOS ESTADOS ANORMALES DEBERIAN SER TRATADOS AL DIAGNOSTICARSE, SI LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES. SI EL DENTISTA GENERAL SE SIENTE SEGURO DE QUE PUEDE SALIR AVANTE CON LA OPERACION Y OBTENER BUENOS RESULTADOS, ES, CIERTAMENTE, NEGLIGENTE SI, CUANDO NO SE SIENTE CALIFICADO, COMETE EL ERROR DE NO ENVIAR AL PACIENTE AL ESPECIALISTA ADECUADO.

CUANDO EL DENTISTA DECIDE QUE PUEDE OPERAR POR SI MISMO, DEBE DECIDIR SI LO HACE EN SU CONSULTORIO O EN UN HOSPITAL, LOS DOS FACTORES DETERMINANTES SON EL TIPO DE CIRUGIA Y EL PACIENTE. SI EL PROCEDIMIENTO REQUIERE CUIDADOSA ASISTENCIA POSTOPERATORIA Y SI EL PACIENTE PUEDE NECESITAR LA OBSERVACION FRECUENTE DE UN CIRUJANO O DE ENFERMERAS EN EL PERIODO POSTOPERATORIO TEMPRANO, EL ACTO QUIRURGICO DEBERIA SER LLEVADO A CABO EN UN HOSPITAL. LO MISMO DEBE HACERSE SI EL PACIENTE TIENE ALGUNA ENFERMEDAD GENERALIZADA (COMO DISCRASIA SANGUINEA, DIABETES, HIPERTENSION, HIPERTIROIDISMO O PADECIMIENTO CARDIACO), QUE SEA DE UN GRADO TAL QUE PUEDA CAUSAR SERIAS COMPLICACIONES DURANTE O DESPUES DE LA CIRUGIA.

EN MUCHAS OCASIONES, EL DENTISTA GENERAL TIENE QUE TRABAJAR JUNTO CON EL CIRUJANO BUCAL Y EL ORTODONCISTA O EL PROSTODONCISTA, PARA PROPORCIONAR LA MEJOR ATENCION AL PACIENTE.

TAL COOPERACION SE REQUIERE EN EL TRATAMIENTO DE ALGUNAS LESIONES O DEFORMIDADES DE LA CARA Y LOS MAXILARES, Y EN LA RECONSTRUCCION EXTENSA.

ES IMPORTANTE RECORDAR QUE, DEBIDO A SUS CONOCIMIENTOS ACERCA DE TECNICAS QUIRURGICAS Y ODONTOLOGIA, EL CIRUJANO MEJOR CALIFICADO PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN ESTOS CASOS ES EL CIRUJANO BUCAL.

LA CIRUGIA BUCAL ES UNICA ENTRE LAS ESPECIALIDADES QUIRURGICAS POR EL HECHO DE QUE SE IDENTIFICA FUERTEMENTE CON LA ODONTOLOGIA.

ESTA ES UNA RELACION ADECUADA, DADO QUE EL COMPLETO CONOCIMIENTO DE LA ODONTOLOGIA ES UN REQUISITO PREVIO DEL CIRUJANO BUCAL -- BIEN CALIFICADO.

EL ESLABON COMUN ENTRE LA CIRUGIA BUCAL Y OTRAS ESPECIALIDADES QUIRURGICAS ES QUE SE APLICAN AL TRATAMIENTO LOS MISMOS PRINCIPIOS QUIRURGICOS.

ASI, LOS PRINCIPIOS QUE GUIAN AL CIRUJANO GENERAL EN EL TRATAMIENTO DE UNA APENDICITIS SON LOS MISMOS QUE GUIAN AL CIRUJANO BUCAL EN EL TRATAMIENTO DE UNA CELULITIS ODONTOGENICA. EL HECHO DE QUE LOS DETALLES DE APLICACION DE LOS PRINCIPIOS QUIRURGICOS PUEDAN DIFERIR PARA PODER ADECUARSE CONVENIENTEMENTE A LAS PECULIARIDADES LOCALES, A VECES ENSOMBRECE ESTA RELACION.

SIN EMBARGO, EL OBSERVADOR OCASIONAL PUEDE PENSAR QUE ALGUNOS PRINCIPIOS QUIRURGICOS NO SE APLICAN A UNA ESPECIALIDAD QUIRURGICA PARTICULAR, TAL COMO LA CIRUGIA BUCAL.

ASI, EL DESAFIO QUE SE PLANTEA A CADA ESPECIALISTA QUIRURGICO ES NO SOLO CONOCER LOS PRINCIPIOS DE LA CIRUGIA SINO TAMBIEN SABER COMO SE APLICAN DICHSO PRINCIPIOS A UNA ZONA PARTICULAR DE INTERES.

HISTORIA CLINICA

CONTAR CON UNA BUENA HISTORIA CLINICA ES INDISPENSABLE EN LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES, YA QUE MEDIANTE LA MISMA SE PUEDE APRECIAR EL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE Y LAS CONDICIONES EN LAS QUE SE EFECTUARA LA EXTRACCION. UNA HISTORIA CLINICA SE LLEVA A CABO CON EL PROPOSITO DE VALORAR AL PACIENTE, - REALIZAR UN DIAGNOSTICO, SOSPECHAR UN PRONOSTICO E INSTITUIR UN TRATAMIENTO Y DEBE INCLUIR DESDE LA FECHA DE INICIACION DEL EXAMEN HASTA EL MOMENTO EN QUE EL PACIENTE SEA DADO DE ALTA.

LA ELABORACION DE LS HISTORIA CLINICA ES UN PROCESO ORDENADO Y CRONOLOGICO, EN EL QUE SE INVESTIGAN LOS ANTECEDENTES DEL PA - CIENTE PARA OBTENER DATOS QUE PERMITAN AL CLINICO CONOCER MEJOR A SU PACIENTE.

ES EVIDENTE QUE RESULTA IMPOSIBLE HACER EL DIAGNOSTICO DE ALGUNA AFECCION HASTA SABER DESDE UN PRINCIPIO CUALES PUDIERON SER LOS FACTORES QUE DESENCADENARON LA MISMA.

CABE SEÑALAR QUE AUNQUE SE CUENTE CON UNA HISTORIA CLINICA MUY BIEN ELABORADA, NO ES SUFICIENTE PARA OBTENER DATOS EXACTOS, SI NO SE SABE INTERROGAR Y DAR CONFIANZA SUFICIENTE AL PACIENTE PARA OBTENER SU TOTAL COOPERACION.

EN TERMINOS GENERALES, LA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA Y EL EXAMEN BUCAL SE RELACIONA CON TRES SITUACIONES TIPICAS.

- 1.- EL PACIENTE QUE HA ACUDIDO AL CONSULTORIO PARA RECIBIR TRATAMIENTO DESDE HACE YA VARIOS AÑOS. SE SUPONE QUE ESTE PACIENTE CUENTA YA CON UNA HISTORIA CLINICA, POR LO QUE AHORA SE REQUIEREN DATOS ADICIONALES PERTINENTES DESDE LA ULTIMA VISITA.
- 2.- EL PACIENTE QUE LLEGA POR PRIMERA VEZ BUSCANDO UN TRATAMIENTO DE URGENCIA, PARA ESTE TIPO DE SITUACIONES, SOLO DEBERA HACERSE UN PEQUEÑO INTERROGATORIO ENFOCADO AL PADECIMIENTO,

MOTIVO DE LA VISITA, Y UNA VEZ SOLUCIONADO EL PROBLEMA DENTAL, EN LA PROXIMA VISITA SE LLEVARA A CABO EL INTERROGATORIO PARA COMPLEMENTAR LA HISTORIA CLINICA.

LA FECHA Y LA FORMA DE PRESENTACION DE LOS SINTOMAS, ASI COMO SU DURACION Y GRAVEDAD: TAMBIEN DEBERAN SER REGISTRADOS, ASI COMO SE DEBERA ESTABLECER LA RELACION DE ESTOS CON OTRAS ACTIVIDADES TALES COMO EL EJERCICIO, ALIMENTACION, MEDICINAS Y EMOCIONES.

EN OCASIONES PUEDEN DESCUBRIRSE LOS FACTORES QUE PRECIPITEN EL PROBLEMA EMPLEANDO LA ANTERIOR FORMA DE HACER PREGUNTAS.

SI EL PACIENTE HA SIDO TRATADO ANTERIORMENTE DEBIDO A ESTA ENFERMEDAD PRINCIPAL, EL NOMBRE DE SU MEDICO, MEDICINAS TOMADAS, - HOSPITAL O CONSULTORIO EN DONDE FUE ATENDIDO ASI COMO EL CURSO - DE SU TRATAMIENTO, PUEDEN RESULTAR DATOS MUY VALIOSOS POR LO QUE DEBEN BUSCARSE.

LA REVISION DE APARATOS Y SISTEMAS, CONSTITUYE UNA EXPLORACION MINUCIOSA DE LA HISTORIA SISTEMATICA DEL PACIENTE PORQUE ES POSIBLE QUE EXISTA RELACION CON LOS PROBLEMAS BUCALES.

EN CADA PREGUNTA DEBE OBTENERSE EL MAXIMO DE INFORMACION PERO ESTAS DEBEN SER ESPECIFICAS, POR EJEMPLO; SI CONTESTA EN FORMA AFIRMATIVA LA DIFICULTAD PARA RESPIRAR.

EL ENTREVISTADOR BUSCARA LA FORMA PARA DETERMINAR SI SE RELACIONA CON ASMA O ALGUNA OTRA ENFERMEDAD PULMONAR, CARDIACA, DESORDENES METABOLICOS Y AUN TRASTORNOS NERVIOSOS.

SI LA PREGUNTA ES PARA LA MICCION FRECUENTE Y ES CONTESTADA EN FORMA AFIRMATIVA, TAMBIEN SE HARAN PREGUNTAS ADICIONALES APROPIADAS COMO SON: PADECIMIENTOS DE LA PROSTATA, TRASTORNOS NERVIOSOS, DIABETES, HIPERTENSION, NEFRITIS, CISTITIS, O UN EXCESO DE INGESTION DE LIQUIDO DURANTE LA NOCHE.

CADA UNA DE ESTAS PREGUNTAS ELEGIDAS CUIDADOSAMENTE POSEE EL POTENCIAL PARA DESCUBRIR GRAN CANTIDAD DE DATOS ADICIONALES.

3.- EL PACIENTE QUE SE PRESENTA PARA ATENCION DENTAL EN UNA INS-

TITUCION, TAMBIEN REQUIERE DE UNA HISTORIA CLINICA QUE SE -
RA ANEXADA A SU EXPEDIENTE JUNTO CON LOS DATOS OBTENIDOS -
POR EL MEDICO DURANTE EL EXAMEN MEDICO GENERAL.

EL DENTISTA DEBE MOTIVAR AL PACIENTE PARA QUE ESTE PUEDA -
ESTABLECER COMUNICACION. ES SU RESPONSABILIDAD Y SU OPOR -
TUNIDAD PARA CREAR UN AMBIENTE EN EL QUE EL PACIENTE PUEDA
ENFOCAR SUS PROBLEMAS CON FACILIDAD Y SIN TEMOR.

EL OPERADOR DEBE PROCURAR LA COMUNIDAD DEL PACIENTE DE MA -
NERA INFORMAL AUNQUE PROFESIONAL. PUEDE ESTABLECER LA CO -
MUNICACION CON LAS PREGUNTAS HABITUALES EMPLEADAS PARA DAR
CONFIANZA AL PACIENTE. LA ENTREVISTA DEBERA SER CONTROLADA
PIDIENDO OPORTUNAMENTE AL PACIENTE QUE SE DIRIJA AL PROBLE -
MA, HACIENDO ESTO MEDIANTE PREGUNTAS EFICACES. LAS PRIME -
RAS PREGUNTAS DEBERAN SER DE CARACTER NEUTRAL, HACIENDOSE
POSTERIORMENTE DIRECTAS.

LAS PREGUNTAS NEUTRALES ESTABLECEN UN TEMA (¿CUAL ES EL MO -
TIVO DE LA VISITA?), MIENTRAS QUE LA INTERROGACION DIRECTA
ES CAPAZ DE PROVOCAR UNA RESPUESTA AFIRMATIVA O NEGATIVA -
(¿ACASO EL CALOR AGRAVA SUS MALES?). LA IMPORTANCIA DE LAS
RESPUESTAS DEBERA SER VALORADA Y ATENDIDA SEGUN SUS MERITOS.
EN OCASIONES EL PACIENTE DEBERA SER INTERRUMPIDO Y VUELTO A
DIRIGIR SOBRE EL TEMA MAS PERTINENTE SI ES QUE SE ALEJA DE -
MASIADO DEL MISMO. SI EL FACULTATIVO CONSERVA SU VOCABULA -
RIO A NIVEL DE COMPRENSION DEL PACIENTE SE OBTENDRAN RES -
PUESTAS COHERENTES Y EL PACIENTE SENTIRA QUE SE ENTIENDEN
SUS EXPERIENCIAS Y ANTECEDENTES.

EN LA HISTORIA CLINICA ES IMPORTANTE QUE CUENTE CON EL MA -
YOR NUMERO POSIBLE DE PREGUNTAS, SE RECOMIENDA EL USO DE UNA
FORMA IMPRESA, LO CUAL EVITA EL OLVIDO DE ALGUNAS PREGUNTAS
COMO LAS SIGUIENTES:

DATOS PERSONALES

NOMBRE _____ TEL _____

DOMICILIO _____

EDAD _____ SEXO _____ OCUPACION _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

ESTADO CIVIL _____

HABITOS PERSONALES

ALCOHOLISMO _____ TABAQUISMO _____ DROGAS _____

OTROS _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

VIVEN SUS PADRES: SI _____ NO _____

SI NO VIVE(N) DE QUE MURIO _____

ALGUN FAMILIAR HA PADECIDO:

DIABETES _____ PROBLEMAS NERVIOSOS _____

ENFERMEDADES VENEREAS _____ PROBLEMAS CARDIACOS _____

CANCER _____ PROBLEMAS HEPATICOS _____

ALERGIAS _____ PROBLEMAS RENALES _____

PERSONALES NO PATOLOGICOS

ALIMENTACION _____ HIGIENE _____

OBESIDAD _____

EXAMEN BUCAL

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

PIEZAS AUSENTES _____ DESDENTADO _____ CARIES _____

PIEZAS RETENIDAS _____

SUPERNUMERARIOS _____ RESTOS RADICULARES _____

DEPOSITOS TARTAROS _____

GINGIVITIS _____ PARODONTITIS _____

ULCERAS _____ FISTULAS _____

ABSCESOS _____ QUEILOSIAS _____ PIGMENTACIONES _____

PROTESIS FIJA _____ PROTESIS REMOVIBLE _____

PROTESIS TOTAL _____

DIAGNOSTICO _____

TRATAMIENTO _____

HISTORIA OBSTETRICA _____

INTERVENCIONES QUIRURGICAS _____

DATOS PERSONALES

NOMBRE _____ TEL _____

DOMICILIO _____

EDAD _____ SEXO _____ OCUPACION _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

ESTADO CIVIL _____

HABITOS PERSONALES

ALCOHOLISMO _____ TABAQUISMO _____ DROGAS _____

OTROS _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

VIVEN SUS PADRES: SI _____ NO _____

SI NO VIVE(N) DE QUE MURIO _____

ALGUN FAMILIAR HA PADECIDO:

DIABETES _____ PROBLEMAS NERVIOSOS _____

ENFERMEDADES VENEREAS _____ PROBLEMAS CARDIACOS _____

CANCER _____ PROBLEMAS HEPATICOS _____

ALERGIAS _____ PROBLEMAS RENALES _____

PERSONALES NO PATOLOGICOS

ALIMENTACION _____ HIGIENE _____

OBESIDAD _____

ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS

CARDIOVASCULAR

HIPERTENSION _____ HIPOTENSION _____
ANEMIA _____ LEUCEMIA _____
INSUF. CARDIACA _____ FIEBRE REUMATICA _____
ARTERIOESCLEROSIS _____ HEMOFILIA _____
ANGINA DE PECHO _____ OCLUSION CORONARIA _____
TAQUICARDIAS _____ DOLOR PRECORDIAL _____
DISNEA DE ESFUERZO _____ DISNEA DE DECUBITO _____
CIANOSIS _____ EPISTAXIS _____
EDEMAS _____

GENITOURINARIOS

NEFRITIS _____ HEMATURIA _____
ALBUNURIA _____ DISNURIA _____
POLIURIA _____ NICTURIA _____
PIURIA _____ MIDRIASIS _____
MICCION SATHS _____ DIURESIS _____
MENSTRUACION _____ EMBARAZO _____
MENOPAUSIA _____ EMFERMEDADES VENEREAS _____

SISTEMA NERVIOSO

INSOMNIO _____ ANSIEDAD _____
CEFALEAS _____ BRUXISMO _____
ESTADO EMOCIONAL ACTUAL _____

APARATO DIGESTIVO

DISFAGIA _____ DISPESIA _____
DIARREA _____ ACIDEZ ESTOMACAL _____
ESTREÑIMIENTO _____ CHAPALES _____
METEORISMO _____ NAUSEAS _____
VOMITO _____ DOLOR EPIGASTRICO _____
MUCOSIDADES EN HECEAS FECALES _____

APARATO RESPIRATORIO

DIF. PARA RESPIRAR _____ ANEROXIA _____
ASMA _____ BRONQUITIS _____
TUBERCULOSIS _____ DOLOR TORAXICO _____
TOS CON ESPECTORACION _____ SUDORACION NOCTURNA _____

ENDOCRINO

POLIDIPSIA _____ POLIFAGIA _____
PERDIDA DE PESO _____ HIPERHIDROSIS _____
INTOL. AL CALOR _____ COLICOS URETRALES _____

PRUEBAS DE LABORATORIO

TIEMPOS DE COAGULACION _____

TIEMPO DE PROTROMBINA _____

RETRACCION DEL COAGULO _____

ESTUDIOS RADIOGRAFICOS _____

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE _____

ANALGESIA INDICADA _____

FECHA _____

FIRMA DEL C. DENTISTA

FIRMA DEL PACIENTE

LA HISTORIA CLINICA ES EL MEDIO POR EL CUAL CONOCEMOS MAS A FONDO A NUESTROS PACIENTES; TIENE IMPORTANCIA EN RELACION AL TRATAMIENTO AL QUE VA A SER SOMETIDO Y NOS OBLIGA A PROCEDER DEBIDAMENTE SEGUN EL CASO LO REQUIERA; SE COMPONE DE DOS PARTES:

I. INTERROGATORIO: TAMBIEN LLAMADO ANAMNESIS, ES UNA SERIE - ORDENADA DE PREGUNTAS QUE NOS SIRVE PARA ORIENTARNOS SOBRE LA LOCALIZACION, PRINCIPIO, EVOLUCION, ESTADO ACTUAL Y TERCER EN QUE SE DESARROLLA EL PROCESO PATOLOGICO.

EL INTERROGATORIO SE DIVIDE EN DIRECTO E INDIRECTO. EL -- PRIMERO, COMO SU NOMBRE LO INDICA, ES EL QUE HACEMOS DIRECTAMENTE AL ENFERMO,. EL INDIRECTO ES EL QUE HACEMOS A LOS FAMILIARES O PERSONAS QUE RODEAN AL ENFERMO CUANDO ESTE NO NO PUEDE EXPRESARSE, YA SEA POR SU EDAD O POR SU ESTADO DE SALUD, CONTESTAR A NUESTRAS PREGUNTAS, TAL SUCEDE EN LOS - ENFERMOS GRAVES INCONCIENTES, ALINEADOS, REBELDES O EN LOS NIÑOS.

SU ELABORACION PUEDE LLEVARSE A CABO EN 15 O 20 MINUTOS, NO REQUIERE DE UN LOCAL ESPECIAL Y EL MATERIAL NECESARIO SE LIMITA A UNA BASCULA Y UN BAUMANOMETRO.

EL ESTUDIO DEBE SER ORDENADO Y SISTEMATICO, SIGUIENDO UN -- ORDEN CASI RUTINARIO, PARA QUE LA REPETICION VAYA SUPRIMIENDO LAS DIFICULTADES INICIALES Y CREANDO UN HABITO QUE FACILITA LA RECOLECCION DE DATOS.

1.- DATOS GENERALES:

NOMBRE. _ ES IMPORTANTE YA QUE ES UN METODO DE FILIACION O IDENTIFICACION DEL PACIENTE, EN LO QUE RESPECTA AL EXPEDIENTE EN PARTICULAR Y LLEVAR UNA ORIENTACION EN LO QUE RESPECTA AL GRUPO ETNICO O NACIONALIDAD A LA CUAL PERTENECE.

EDAD . _ SE DETERMINARA LA EDAD REAL DEL PACIENTE O EDAD APARENTE, ESTO ES DEBIDO A QUE LAS DI -

FERENTES ETAPAS DE LA VIDA APARECEN DETERMINADAS ALTERACIONES. EN LA EDAD ADULTA, PUEDE SER FRECUENTE LAS ALTERACIONES DE TIPO METABOLICO.

SEXO. _ EN ESTADISTICAS AVANZADAS SE DICE QUE EL HOMBRE VIVE MENOS QUE LA MUJER, POR CONDICIONES DE TIPO BIOLOGICO O POR LLEVAR UNA VIDA MAS AGITADA, LAS SIGLAS PARA REPRESENTAR EL SEXO SON: MUJER ♀ , HOMBRE ♂ , INDEFINIDO & .

EDO. CIVIL. _ NOS PROPORCIONARA DATOS COMO EL MATRIMONIO, DIVORCIO, VIUDEZ Y UNION LIBRE, ESTO REPRESENTA LAS DIFERENTES FORMAS DE VIVIR DEL INDIVIDUO PROVOCANDO TRASTORNOS EN CUANTO A NIVEL FUNCIONAL, COMO DE TIPO ORGANICO.

LUGAR DE NACIMIENTO. _ ES BIEN SABIDO QUE CIERTAS ENFERMEDADES SON CARACTERISTICAS DE DETERMINADAS REGIONES TAL ES EL CASO DE NUESTRO PAIS POR LA FLUOROSIS DENTAL QUE TIENE GRAN ALTO GRADO DE INCIDENCIA EN ESTADOS DE LA REPUBLICA COMO DURANGO, ZACATECAS, AGUASCALIENTES, ETC. PUES LA CONCENTRACION DE FLUOR EN AGUA DE CONSUMO ES DE 7 AL MILLAR HASTA 12 AL MILLAR, OCASIONANDO EL ESMALTE MOTEADO.

DIRECCION Y TELEFONO. _ DATOS FUNDAMENTALES DE LOCALIZACION DEL PACIENTE PARA MANTENERSE EN CONTACTO EN CUANTO A SU ESTADO DE SALUD Y PARA CONCERTAR FUTURAS CITAS.

OCUPACION. _ CIERTAS ALTERACIONES POR HABITOS OCUPACIONALES, TAL ES EL CASO DE LOS OBREROS QUE ESTAN EN CONTACTO CON EL MERCURIO, PLOMO, NIQUEL, COBALTO, MATERIAS QUE PUEDEN LLEGAR A OCASIONAR CAMBIOS ORGANICOS. LA ABRASION DENTARIA -

EN EL CASO DE LOS CARPINTEROS, COSTURERAS, -
SASTRES, LOS CUALES SE INTRODUCEN TACHUELAS,
ALFILERES, ETC. EN LA CAVIDAD ORAL.

DATOS CLINICOS: ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES._ LAS AL-
TERACIONES O PROCESOS MALFORMATIVOS DE TIPO
FAMILIAR, SIGUEN LAS LEYES DE LA HERENCIA, -
EL INTERROGATORIO DEBE DE COMPRENDER ANTECE -
DENTES PATOLOGICOS DE ABUELOS, PADRES, TIOS,
ETC. CITANDOSE ENFERMEDADES CRONICAS DE LOS
PADRES COMO SIFILIS, DROGADICCION, ALCOHOLIS-
MO, QUE PUEDEN LLEGAR A OCASIONAR ALTERACIO -
NES MARCADAS EN FUTURAS GENERACIONES. ALTE -
RACIONES PSIQUICAS COMO LA MIGRAÑA Y A NIVEL
HEMATOLOGICO COMO LA HEMOFILIA.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS._ AQUI SE REPORTAN
ALTERACIONES QUE HA PADECIDO EL INDIVIDUO, -
TALES COMO ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFAN -
CIA, COMO ES LA VARICELA, SARAMPION, RUBEOLA,
TOSFERINA, ETC. O ENFERMEDADES PADECIDAS RE -
CIENTEMENTE O ACTUALMENTE, COMO ES EL CASO DE
PROBLEMAS ENDOCRINOS, CARDIOVASCULARES, GENI-
TOURINARIOS, GASTROINTESTINALES, RESPIRATORIOS
NERVIOSOS, PROBLEMAS A NIVEL MUSCULAR COMO AR
TICULAR. TAMBIEN INTERROGAR SOBRE LAS INTER-
VENCIONES, COMPLICACIONES Y PERIODO DE EVOLU-
CION.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS._ SE REPORTAN DA -
TOS SOBRE: ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, FARMACOS
O DROGAS QUE SEAN ESTIMULANTES O DEPRESORAS -
DEL SISTEMA NERVIOSO, TAMBIEN SE INCLUYE EL
TIPO DE VIVIENDA, CUANTAS PERSONAS LO HABITAN,
SI TIENEN TODOS LOS SERVICIOS, HABITOS HIGIE-

NICOS Y LAS INMUNIZACIONES QUE HA TENIDO.
PADECIMIENTO ACTUAL._ RESUMEN Y DESCRIPCION QUE NOS RE-
FIERE EL PACIENTE.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

INTERROGATORIO POR APARATOS:

APARATO RESPIRATORIO._ SI HAY DIFICULTAD PARA RESPIRAR, -
DISNEA NOCTURNA, ORTOPNEA, TOS HUMEDA CON ES-
PECTORACION, GRIPES FRECUENTES, CIANOSIS, BUR-
BULLEO EN LOS PULMONES, ETC.

APARATO DIGESTIVO._ DIFICULTAD A LA DEGLUCION, DOLOR, ARDOR
EN DIFERENTES ETAPAS YA SEA DE ARRIBA HASTA -
ABAJO, DOLOR ABDOMINAL, REGURGITACION DE ALI-
MENTOS, VOMITO, DIARREAS, CUANTAS VECES VA AL
BAÑO, MELENA, PERTULENCIA, DISTENCION ABDOMI-
NAL, ETC.

APARATO CARDIOVASCULAR._ DISNEA (POR INSUFICIENCIA CARDIACA)
CANSANCIO O FATIGA ANTE ESFUERZOS, DOLOR PRE-
CORDIAL IRRADIADO HACIA EL CUELLO, SI ES EL -
DOLOR CON ESFUERZO O CON REPOSO, PALPITACIO -
NES, TAQUICARDIAS, BRADICARDIAS, MAREOS, DES-
MAYOS, TINITUS, FOSFENOS, ACUFENOS, ETC., SU-
DORACION, SOMNOLENCIA, DOLOR DE CABEZA, ADOR-
MECIMIENTO EN EXTREMIDADES, EDEMA, INFLAMA- -
CION EN PIES Y TOBILLOS.

APARATO GENITOURINARIO._ DIFICULTAD A LA MICCION (PROSTATI-
CO), DOLOR, COLOR, ARDOR, OLOR EN LA ORINA, -
COLOR ROJO-HEMATURIA (SANGRE), AMARILLO OSCU-
RO (HEPATICO), INCONTINENCIA URINARIA, FRECUEN-
CIA, SI ES MUJER PREGUNTAR SOBRE SU MENSTRUUA -
CION, RITMO, EMBARAZO, ABORTOS, ETC.

INTERROGATORIO POR SISTEMAS:

SISTEMA ENDOCRINO._ DIABETES, MANIFESTACIONES COMO POLIURIA, POLIDIPSIA, POLIFAGIA, PERDIDA O AUMENTO DE PESO, ALIENTO CETONICO Y CAIDA DE CABELLO.

SISTEMA NERVIOSO._ SI PRESENTA CEFALEAS, COMO Y CUANDO SE PRESENTAN, MAREOS, DESMAYOS, CONVULSIONES; - CRISIS NERVIOSAS, NEURALGIAS, PARALISIS, TICS BRUXISMO, PERDIDA DE SUEÑO, SONAMBULO, FALTA DE CONCENTRACION, ALOPESIA.

SISTEMA HEMATOPOYETICO._ MAREOS, ASTENIA, DINAMIA, INAPETENCIA, HEMORRAGIAS, PETEQUIAS, ANGIHECTASIAS, HEMATOMAS, HERIDAS, TIEMPO DE SANGRADO Y DE COAGULACION.

SISTEMA LOCOMOTOR._ DOLORES ARTICULARES, PARESTESIAS, EDEMAS, PERDIDA DE SENSIBILIDAD, COLOR DE LA PIEL QUE LO RECUBRE Y COLORACION DE LA MISMA.

II. EXPLORACION FISICA: LA FAZ DOLOROSA, AGRESIVA, ETC., MARCHA NORMAL O NERVIOSO, UBICACION DE TIEMPO Y ESPACIO, INSPECCION SIMPLE Y ARMADA, EMPEZAR DESDE LA CABEZA HASTA LOS PIES.

CRANEO.- SI EXISTE CABELLO, EXOSTOSIS, ENDOSTOSIS, IMPLANTACION, ALOPESIAS.

FRENTE.- SI NO PRESENTA RUGAS, EXOSTOSIS, ENDOSTOSIS.

CEJAS .- POBLADAS, DELGADAS, CORTAS, LARGAS.

NARIZ .- ANCHA, DELGADA, GRANDE, PEQUEÑA.

OJOS .- GLOBOS OCULARES, COLORACION, SIMETRIA, VALORAR LOS REFLEJOS DE LA LUZ, DILATACION, ESTRABISMO.

CAVIDAD ORAL.- CAVIDAD DE LA MUCOSA, CARRILLOS, PISO DE BOCA, PALADAR BLANDO Y PALADAR DURO.

CUELLO.- QUE ESTE CENTRADA LA TRAQUEA, BUENOS MOVIMIENTOS, PALPAR PARA VER SI HAY ADENOPATIAS, PULSO CAROTIDEO,

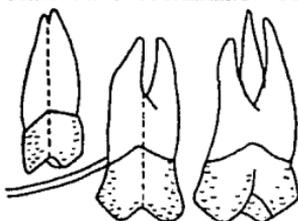
ABULTAMIENTO, CRECIMIENTO DE GLANDULA TIROIDES ---
(BOCIO).

TORAX .- FORMA CILINDRICA, RECTA, TRIANGULAR, DE BARRIL, -
HEMATOMAS, PETEQUIAS, CAMPOS PULMONARES, ESTERTO -
RES POR BRONQUITIS (CUANDO HAY BURBULEO), ENFISE-
MAS, CAPACIDAD DE AMPLEXACION, AMPLEXION, TONO, -
FRECUENCIA, RITMO, SE VA A AUSCULTAR Y A ESCUCHAR
EN LOS DIFERENTES PUNTOS DE AUSCULTACION CARDIACA.

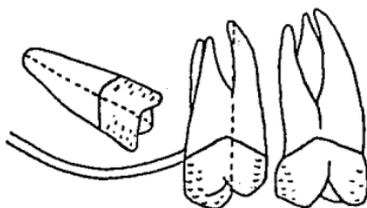
**CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES
DE ACUERDO A SU POSICION.**

LAS VARIACIONES EN LA POSICION DEL TERCER MOLAR SON MENORES EN LOS MAXILARES SUPERIORES QUE EN EL INFERIOR, LA RETENCION DEL MOLAR PUEDE SER INTRAOSEA O SUBMUCOSA. EN ESTE TERMINO PUEDE ESTAR PARCIALMENTE O TOTALMENTE RETENIDA.

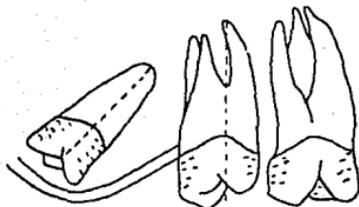
- A) POSICION VERTICAL. _ EL EJE MAYOR DEL TERCER MOLAR SUPERIOR SE ENCUENTRA PARALELO AL EJE DEL SEGUNDO MOLAR. EL DIENTE PUEDE ESTAR PARCIAL O TOTALMENTE CUBIERTO POR HUESO.



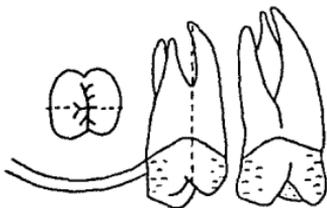
- B) POSICION MESIOANGULAR. _ EL EJE DEL TERCER MOLAR RETENIDO ESTE DIRIGIDO HACIA ADELANTE, EN ESTA POSICION LA RAIZ DEL MOLAR ESTA VECINA A LA APOFISIS PTERIGOIDES. ESTA POSICION NO ES FRECUENTE.



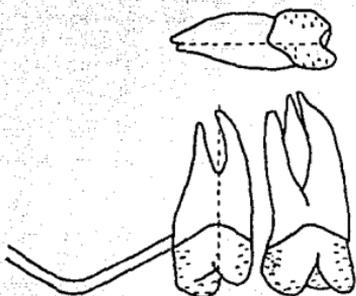
- C) POSICION DISTOANGULAR._ EL EJE DEL MOLAR ESTA DIRIGIDO HACIA LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR. LA CARA TRITURANTE DEL -- TERCER MOLAR MIRA HACIA LA APOFISIS PTERIGOIDES CON LA CUAL PUEDE ESTAR EN CONTACTO.



- D) POSICION HORIZONTAL._ EL TERCER MOLAR ESTA DIRIGIDO HACIA EL CARRILLO, CON EL CUAL, LA CARA TRITURANTE PUEDE PONERSE EN CONTACTO; ESTA CARA TRITURANTE SUELE TAMBIEN DIRIGIRSE HACIA LA BOVEDA PALATINA, EL MOLAR PUEDE ERUPCIONAR EN LA BOVEDA.



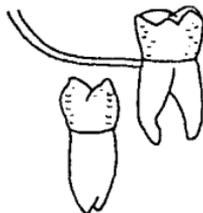
E) POSICION PARANORMAL. _ EL MOLAR RETENIDO PUEDE OCUPAR DIVER-
SAS POSICIONES QUE NO SE ENCUENTRAN EN LA CLASIFICACION DA-
DA.



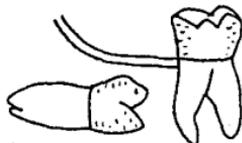
CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES
DE ACUERDO A SU POSICION.

B. WINTER. HA CLASIFICADO LOS DISTINTOS TIPOS DE RETENCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR, BASANDOSE EN CUATRO PUNTOS ESENCIALES: LA POSICION DE LA CORONA, FORMA RADICULAR, NATURALEZA DE LA OSEO-ESTRUCTURA QUE RODEA AL MOLAR Y LA POSICION DEL TERCER MOLAR EN RELACION AL SEGUNDO.

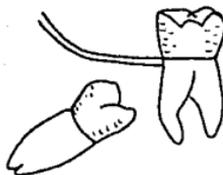
- A) POSICION VERTICAL. _ EN ESTE TIPO DE RETENCION EL MOLAR PUEDE ESTAR TOTAL O PARCIALMENTE CUBIERTO POR HUESO; PERO LO CARACTERISTICO RESIDE EN QUE SU EJE MAYOR ES SENSIBLEMENTE PARALELO AL EJE MAYOR DEL SEGUNDO Y PRIMER MOLAR



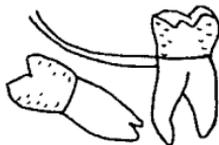
- B) POSICION HORIZONTAL. _ EN ESTE CASO EL EJE MAYOR DEL TERCER MOLAR ES SENSIBLEMENTE PERPENDICULAR A LOS EJES DEL PRIMERO Y SEGUNDO MOLAR.



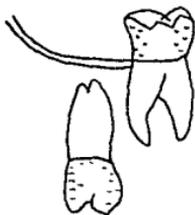
- C) POSICION MESIOANGULAR._ EL EJE DEL TERCER MOLAR ESTA DIRIGIDO HACIA EL SEGUNDO MOLAR, FORMADO CON EL EJE DEL DIENTE, UN ANGULO DE GRADO VARIABLE ALREDEDOR DE 45° .



- D) POSICION DISTOANGULAR._ ES UNA FORMA OPUESTA A LA DESCRITA ANTERIORMENTE. EL TERCER MOLAR TIENE SU EJE MAYOR DIRIGIDO HACIA LA RAMA ASCENDENTE; POR LO TANTO LA CORONA OCUPA DENTRO DE ESTA RAMA UNA POSICION VARIABLE DE ACUERDO CON EL ANGULO QUE ESTA DESVIADO.



E) POSICION INVERTIDA. _ EL TERCER MOLAR PRESENTA SU CORONA DIRIGIDA HACIA EL BORDE INFERIOR DEL MAXILAR Y SUS RAICES HACIA LA CAVIDAD BUCAL. ES UN TIPO MUY POCO COMUN DE RETENCION.



F) POSICION BUCOANGULAR. _ EN ESTE TIPO DE RETENCION, EL MOLAR YA NO OCUPA COMO EN LOS ANTERIORES EL MISMO PLANO QUE EL -- SEGUNDO Y EL PRIMERO, SINO QUE SU EJE MAYOR ES PERPENDICULAR AL PLANO EN QUE ESTAN ORIENTADOS, EL SEGUNDO Y EL PRIMERO. LA CORONA DEL MOLAR RETENIDO ESTA DIRIGIDA HACIA BUCAL.



G) POSICION LINGUANGULAR. _ COMO EN LA POSICION ANTERIOR, EL EJE DEL DIENTE ES PERPENDICULAR AL PLANO EN QUE ESTAN ORIENTADOS LOS MOLARES ANTERIORES, PERO LA CORONA DEL MOLAR RETENIDO ESTA DIRIGIDA HACIA LINGUAL.



ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

EN EL ESTUDIO DE LA RADIOGRAFIA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO PUEDE SER CONSIDERADA UNA SERIE DE PUNTOS DE INTERES, DEL MISMO MODO COMO FUERON ESTUDIADOS EN LA RADIOGRAFIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

- A) POSICION DEL TERCER MOLAR. EL PUNTO UNO ESTUDIA LA POSICION DEL TERCER MOLAR Y NOS PERMITE CLASIFICARLO. CUANDO EL TERCER MOLAR PRESENTA SU CARA VESTIBULAR, VERTICALMENTE DIRIGIDA, AUNQUE EL MOLAR SE ENCUENTRE EN POSICION MESIO O DISTOANGULAR, SU IMAGEN RADIOGRAFICA ES APROXIMADAMENTE NORMAL. EN CAMBIO, EN LAS DESVIACIONES HACIA LINGUAL O BUCAL, EL MOLAR APARECE ACORTADO EN LA RADIOGRAFIA, Y EN CIERTOS CASOS SU PARTE RADICULAR, POR SUPERPOSICION DE PLANOS, NO ES VISIBLE.
- B) POSICION DEL SEGUNDO MOLAR. EL SEGUNDO MOLAR PUEDE ESTAR DESVIADO HACIA DISTAL. DEBEN SER CONSIDERADOS, ADEMAS DE LA POSICION DEL MOLAR Y ESTADO DE LA CORONA (INTEGRIDAD, CARIES, OBTURACIONES, PIEZAS DE PROTESIS), Y LA POSICION Y FORMA DE LAS RAICES. EL SEGUNDO MOLAR PUEDE ESTAR AUSENTE, COMO ASI TAMBIEN TODOS LOS DIENTES DE LA ARCADA.
- C) EL HUESO QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE. EL ESTADO, LA CANTIDAD Y DISPOSICION DEL HUESO QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE DEL MOLAR RETENIDO DEBEN SER PROLIJAMENTE ESTUDIADOS EN LA RADIOGRAFIA LO MISMO QUE LA EXISTENCIA O AUSENCIA DEL SACO PERICORONARIO; TODAS ESTAS CONDICIONES DEL HUESO; INDICAN LA TECNICA A SEGUIRSE Y EL GRADO DE OSTECTOMIA NECESARIA.
- D) EL TABIQUE MESIAL. EL TABIQUE MESIAL (SU FORMA Y DIMENSIONES), ESTA DADO POR LA POSICION DEL MOLAR. EN LA POSICION VERTICAL ESTANDO EN CONTACTO EL TERCERO Y EL SEGUNDO, ESTE ESPACIO ES NULO O MINIMO. EN LA POSICION DISTOANGULAR ESTE ESPACIO TIENE UNA FORMA TRIANGULAR A BASE INFERIOR. EN ESTE ESPACIO MESIAL

(PREVIA RESECCION DE HUESO), DEBEN APLICARSE LOS ELEVADORES PARA EXTRAER EL MOLAR RETENIDO.

- E) EL HUESO DISTAL. TAMBIEN LA CANTIDAD DE HUESO EN LA REGION DISTAL PUEDE SER VARIABLE. EN ALGUNAS OCASIONES LA CARA TRITURANTE DEL MOLAR PUEDE ESTAR EN CONTACTO CON LA APOFISIS PTERIGOIDES.
- F) LA CORONA DEL TERCER MOLAR. TAMAÑO, FORMA Y ESTADO DE LA CORONA. LA CORONA PUEDE SER MAS PEQUEÑA O MAS GRANDE QUE LA NORMAL. LA FORMA TAMBIEN PUEDE APARTARSE DE LA NORMALIDAD. LA CORONA EN ALGUNAS OCASIONES ESTA DISMINUIDA EN SU RESISTENCIA POR CAUSAS DE GRADO VARIABLE. AUN EN RETENCION INTRAOSEA TOTAL, LA CORONA PUEDE ESTAR PROFUNDAMENTE CARIADA.
- G) LAS RAICES DEL TERCER MOLAR, GENERALMENTE ESTAN FUSIONADAS EN UNA MASA UNICA. PUEDEN PRESENTARSE SEPARADAS Y DIRIGIDAS EN DISTINTOS ANGULOS; PUEDEN NO ESTAR AUN CALCIFICADAS.
- H) VECINDAD CON EL SENO MAXILAR. EL TERCER MOLAR EN CIERTOS PACIENTES ESTA MUY VECINO AL SENO Y EN ALGUNOS CASOS SUS RAICES LLEGAN A HACER HERNIA EN EL PISO SINUSAL. LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR PUEDE OCASIONAR, EN TALES CIRCUNSTANCIAS, UNA COMUNICACION PATOLOGICA CON EL SENO MAXILAR, O EL MOLAR SER PROYECTADO EN ESTA CAVIDAD.
- I) VECINDAD CON LA APOFISIS PTERIGOIDES. EL MOLAR PUEDE ESTAR EN EL INTIMO CONTACTO CON LA APOFISIS PTERIGOIDES. EXISTE EL PELIGRO DE FRACTURA EN LOS ESFUERZOS OPERATORIOS. LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR ES SUSCEPTIBLE DE CORRER IGUAL SUERTE Y SER ARRANCADA EN EL CURSO DE UNA EXTRACCION, AUN DE LA DE UN MOLAR NORMALMENTE ERUPCIONADO.
- J) ACCESO A LA CARA MESIAL. SOBRE LA CARA MESIAL SE APLICARA EL ELEVADOR QUE LUXARA AL MOLAR. LA RADIOGRAFIA DEBE INDICAR LA FACILIDAD DE ACCESO A ESTA CARA, O FIJAR LA NECESIDAD DE UNA OSTECTOMIA DEL TABIQUE MESIAL, PARA PERMITIR LA COLOCACION DEL INSTRUMENTO.

CONSIDERACIONES SOBRE LA TRADUCCION RADIOGRAFICA DE LAS
IMAGENES DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

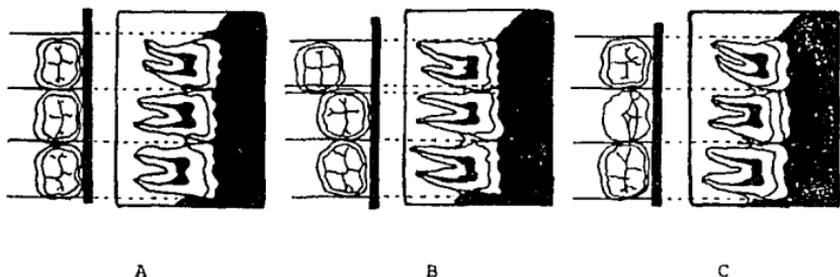
EN EL ESTUDIO RADIOGRAFICO SE OBSERVAN IMAGENES DISTINTAS, EN RELACION CON LA POSICION DE LA PELICULA, LA DIRECCION DE LOS RAYOS Y LA POSICION DE LOS MOLARES. SUPONIENDO QUE LOS TRES MOLARES INFERIORES SE PRESENTAN CLINICAMENTE VERTICALES, SIN DESVIACION EN NINGUN SENTIDO, LA IMAGEN RADIOGRAFICA DE ESTOS DIENTES LOS MOSTRARA CON SUS PUNTOS DE CONTACTO CORRESPONDIENTES.

SI EL TERCER MOLAR SE ENCUENTRA DESVIADO HACIA EL LADO BUCAL (EN DESVIACION BUCAL), SUPONIENDOSE UNA PARTE DE LA ESTRUCTURA DE ESTE DIENTE SOBRE UNA PORCION DE LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR, LA IMAGEN RADIOGRAFICA RESULTANTE MOSTRARA ESTA SUPERPOSICION O CABALGAMIENTO, LO CUAL INDICA LA DESVIACION BUCAL DEL TERCERO.

LO MISMO OCURRE CUANDO EL TERCERO Y EL PRIMERO ESTAN NORMALMENTE UBICADOS Y EL SEGUNDO ESTA DESVIADO HACIA EL LADO BUCAL O LINGUAL, LA IMAGEN RADIOGRAFICA, EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS, MUESTRA LA CARA OCLUSAL DEL MOLAR DESVIADO.

ESTOS Y OTROS DETALLES IMPORTANTES EN EL ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR SE OBTIENEN CUANDO LA RADIOGRAFIA ESTA CORRECTAMENTE REALIZADA CON EL CONO LARGO; SI SE EMPLEA EL CONO COMUN, SERA MENESTER INTERPRETAR Y CORREGIR LA RADIOGRAFIA VALIENDOSE DEL EXAMEN CLINICO Y DE UN ESTUDIO COMPARATIVO, PARA ESTABLECER LA POSICION Y EL TIPO DE DESVIACION QUE PRESENTA EL TERCER MOLAR.

LA INTERPRETACION Y ELABORACION DIAGNOSTICAS SE CENTRAN EN TRES DETALLES RADIOGRAFICOS INDISPENSABLES; POSICION DEL MOLAR, DESVIACION Y ACCESO A SU CARA MESIAL.



TRADUCCION RADIOGRAFICA DE LAS IMAGENES

- A. LOS 3 MOLARES INFERIORES (DERECHOS) SIN DESVIACION; IMAGENES CORONARIAS CON SUS PUNTOS DE CONTACTO NORMALES; AUSENCIA DE IMAGENES DE CARAS OCLUSALES.
- B. TERCER MOLAR DESVIADO HACIA BUCAL; SUPERPOSICION PARCIAL DE IMAGENES CORONARIAS DE SEGUNDO Y TERCERO; AUSENCIA DE IMAGENES DE CARAS OCLUSALES.
- C. SEGUNDO MOLAR DESVIADO HACIA LINGUAL; PRESENCIA DE LA IMAGEN DE LA CARA OCLUSAL DE ESTE MOLAR.

(LA LINEA CONTINUA Y PUNTEADA REPRESENTA LA DIRECCION DE -
LOS RAYOS).

BIOPSIA

NUNCA PUEDE ENCARECERSE DEMASIADO LA IMPORTANCIA DE LOS EXAMENES CLINICO Y RADIOGRAFICO EN LOS PACIENTES DENTALES. CUALQUIER LESION DESCUBIERTA EN EL EXAMEN DEBE TOMARSE EN CUENTA PARA BIOPSIA. ESTE ES UN PASO MUY IMPORTANTE EN EL DIAGNOSTICO DE LESIONES DE BOCA Y MAXILARES. OBTENER MUESTRAS PARA EXAMEN MICROSCOPICO ES SENCILLO, INDOLORO Y SE HACE RAPIDAMENTE COMO PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO.

UNA VEZ DESCUBIERTA LA LESION, EL PACIENTE DEBE SER INTERROGADO A FONDO ACERCA DE SU ESTADO. SE PUEDE ESTABLECER UN INDICE DE SOSPECHA A PARTIR DE LA HISTORIA CLINICA Y LAS CARACTERISTICAS DE LA LESION.

LAS BIOPSIAS SE CLASIFICAN EN BIOPSIAS POR INCISION Y POR EXCISION. LA BIOPSIA POR INCISION SE RESERVA PARA LESIONES EXTENSAS Y PARA LAS SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD. CUANDO LA LESION MIDE MENOS DE 2 cm. DE DIAMETRO Y PARECE SER BENIGNA, DEBERA EMPLEARSE LA EXCISION COMPLETA.

BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO. LA MUCOSA BUCAL ES ACCESIBLE PARA BIOPSIA EN SU TOTALIDAD. UNA VEZ QUE SE HA DETERMINADO EL SITIO DE BIOPSIA, DEBERA REVISARSE LA ANATOMIA DEL AREA.

SE PREFIERE ANESTESIA REGIONAL O DE CONDUCCION A INFILTRACION LOCAL, PORQUE LA SOLUCION ANESTESICA PUEDE DESTRUIR CUALESQUIERA DE LAS BARRERAS QUE IMPIDEN LA DISEMINACION DEL TUMOR Y LA AGUJA PUEDE SEMBRAR CELULAS TUMORALES EN EL TEJIDO ADYACENTE NORMAL.

SI NECESITA INFILTRACION LOCAL, LA SOLUCION DEBERA INYECTARSE A UNA DISTANCIA DE LA LESION NO MENOR DE 1 cm.

LA BIOPSIA DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO BUCAL SE HACE CON UN BISTURI AFILADO. LA CAUTERIZACION ES IDEAL PARA CONTROLAR EL SANGRADO DESPUES DE TOMAR LA MUESTRA; A MENUDO, EL TEJIDO ES FRIABLE Y DIFICIL DE SUTURAR.

SE PUEDE OBTENER UNA MUESTRA EXCELENTE SI SE TOMAN EN CUENTA --
LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- 1.- ESCOGER PARA BIOPSIA UN AREA REPRESENTATIVA DE LA REGION. QUITAR DESECHOS DE LA SUPERFICIE DEL TEJIDO, DE MODO QUE PUEDAN OBSERVARSE LAS CARACTERISTICAS DE LA SUPERFICIE DE LA LESION EN SU TOTALIDAD.
- 2.- PREFERIR SECCIONES DE TEJIDO DELGADAS Y PROFUNDAS A MUESTRAS SUPERFICIALES Y AMPLIAS. DE ESTA MANERA SE INCLUYE UNA POR --
CION DEL TEJIDO NORMAL SUBYACENTE Y EL PATOLOGO PUEDE DARSE CUENTA DE CUALQUIER REACCION A LA ACTIVIDAD DEL TUMOR.
- 3.- SI SE SOSPECHA QUE HAY UN CARCINOMA EPIDERMÓIDE TEMPRANO, LA MUESTRA DEBERA INCLUIR TEJIDO CIRCUNDANTE APARENTEMENTE SANO. ESTO SE HACE EXTENDIENDO LAS INCISIONES MAS ALLA DEL BORDE DE LA LESION.
- 4.- SE OBTIENEN BUENAS MUESTRAS HACIENDO DOS INCISIONES DE MODO -
QUE FORMEN UNA ELIPSE EN LA SUPERFICIE Y CONVERJAN FORMANDO -
UNA "V" EN EL TEJIDO SUBYACENTE.
- 5.- EVITAR COMPRIMIR O DAÑAR LA MUESTRA DE TEJIDO. LO IDEAL ES -
MANEJARLA CON PINZAS DE DISECCION Y A MENUDO ES ADECUADO COLO-
CAR UN PUNTO DE SUTURA DE TRACCION PARA TOMAR LA MUESTRA. EL
PUNTO DE SUTURA PUEDE SERVIR TAMBIEN PARA IDENTIFICAR UN BOR -
DE PARTICULAR DE LA MUESTRA (ANTERIOR, POSTERIOR, ETC).
- 6.- INMEDIATAMENTE DESPUES DE TOMARLA, LA MUESTRA DEBERA COLOCARSE
EN UNA SOLUCION AL 10 POR 100 DE FORMALINA. SE OBTIENEN FACIL-
MENTE DE UN LABORATORIO DE PATOLOGIA FRASCOS PARA MUESTRAS CON
EL FIJADOR.

BIOPSIA DE HUESO. A MENUDO SE OBSERVAN EN LOS MAXILARES ANOR -
MALIDADES QUE APARECEN COMO MASAS RADIOLUCIDAS O RADIOPACAS. AFOR-
TUNADAMENTE, LA MAYOR PARTE DE ESTAS LESIONES, CERCANAS A LOS DIEN-
TES O ASOCIADAS A ELLOS SON BENIGNAS. SIN EMBARGO, DEBE ESTABLE -

CERSE UN DIAGNOSTICO Y FRECUENTEMENTE ESTO SOLO PUEDE HACERSE MEDIANTE BIOPSIA. LAS LESIONES PEQUEÑAS (DE 2cm. O MENOS) SE TOMAN POR EXCISION.

CUANDO LA LESION ES GRANDE O LA SOSPECHA DE MALIGNIDAD ESTA MUY ACERTADA, SE PREFIERE UNA BIOPSIA POR INCISION. PARA DESCARTAR LA PRESENCIA DE UNA LESION VASCULAR Y EL PELIGRO DE HEMORRAGIA ASOCIADO AL ABRIRLA, TODAS LAS LESIONES CENTRALES DE HUESO DEBERAN ASPIRARSE ANTES DE INTENTAR LA BIOPSIA.

DEBERAN TOMARSE EN CUENTA LOS SIGUIENTES PUNTOS AL HACER UNA BIOPSIA DE HUESO:

1. ASPIRAR LA LESION CON UNA JERINGA DE 10 ml. Y UNA AGUJA DEL -- NUMERO 18, PARA DETERMINAR SU CARACTER GENERAL. ASI, SE DIFERENCIAN RAPIDAMENTE TUMORES CISTICOS Y SOLIDOS. EL MATERIAL - ASPIRADO ESPESO Y CREMOSO PUEDE SER CONTENIDO CISTICO O PUS DE UNA CAVIDAD OSEA INFECTADA; DEBERA SOMETERSE A EXAMEN MICROSCOPICO Y CULTIVO SI HAY CUALQUIER DUDA ACERCA DE SU NATURALEZA. LA SANGRE DE COLOR ROJO BRILLANTE PUEDE SER INDICIO DE QUE UN CONDUCTO VASCULAR DE GRAN CALIBRE ESTA ASOCIADO A LA LESION O DE QUE ES UNA LESION VASCULAR. YA NO DEBERA INTENTARSE LA BIOPSIA Y EL PACIENTE DEBERA ENVIARSE A UN CIRUJANO BUCAL.
2. EL ACCESO A LESIONES CENTRALES DE LA MANDIBULA DEBERA PLANEARSE DE MODO QUE LA ARQUITECTURA DEL HUESO NO SE DESTRUYA. ES MAS FACIL TENER ACCESO A UNA LESION PROFUNDA DE MANDIBULA A TRAVES DE UNA ABERTURA EN LA PLACA CORTICAL LATERAL QUE A TRAVES DEL BORDE ALVEOLAR.
LA FENESTRACION PUEDE HACERSE CON PINZAS GUBIA O CON UN BURIL. LA MUESTRA PARA BIOPSIA SE EXTRAE A TRAVES DE LA ABERTURA CON UNA CURETA.
3. DEBEN TOMARSE EN CUENTA LA EXPANSION, EL ADELGAZAMIENTO O LA PERFORACION DE LAS PLACAS CORTICALES. MUCHOS TUMORES (LOS AMELOBLASTOMAS SIMPLES, POR EJEMPLO), SE COMPORTAN EN FORMA MUY DIFERENTE, SEGUN ESTEN INCLUIDOS EN HUESO O EN TEJIDO BLANDO.

4. SI LA LESION MIDE 2cm. O MENOS, DEBE INTENTARSE CIERRE PRIMARIO. LAS LESIONES MAS GRANDES PUEDEN INFECTARSE SI SE HA ACUMULADO SANGRE EN EL ESPACIO MUERTO; ESTA SANGRE ES UN BUEN MEDIO DE CULTIVO PARA MICROORGANISMOS. LA HERIDA PUEDE DEJARSE ABIERTA, COLOCANDO UN APOSITO DE GASA DE 12 mm DE LADO, SI EL INTENTO DE CIERRE PRIMARIO NO TIENE EXITO.
5. COMO CON MUESTRAS DE TEJIDO BLANDO, EL TEJIDO DEBERA FIJARSE EN FORMALINA AL 10 por 100 Y ENVIARSE A UN PATOLOGO.

SOLICITUD DE EXAMEN PATOLOGICO. EL PATOLOGO DEBE RECIBIR, JUNTO CON LA MUESTRA, LA INFORMACION QUE HA OBTENIDO EL DENTISTA, SI SE QUIERE QUE SE HAGA UN DIAGNOSTICO ADECUADO. ES OBVIO QUE CADA MUESTRA DEBERA COLOCARSE EN UN RECIPIENTE SEPARADO, CLARAMENTE ROTULADO CON EL NOMBRE DEL PACIENTE, EL DEL DENTISTA Y LA FECHA.

DEBERAN MENCIONARSE TAMBIEN EL SITIO DE BIOPSIA Y LA POSICION DEL PUNTO DE SUTURA DE TRACCION, SI SE COLOCO ALGUNO. DEBE DARSE UNA HISTORIA DETALLADA DE LA LESION, JUNTO CON OTROS INFORMES PERTINENTES ACERCA DE LA SALUD. LA DESCRIPCION CLINICA DEBE INCLUIR LOCALIZACION ANATOMICA DE LA LESION; v.gr.: "A 1.0 cm DE LA LINEA MEDIA DEL PALADAR, FRENTE AL PRIMER PREMOLAR DERECHO"; DESCRIPCION MACROSCOPICA DETALLADA DE LA LESION IN SITU; v.gr.: "A 2.0 cm DE DIAMETRO; CARACTER ROJO Y ULCERADO CON BORDES INDURADOS"; PRESENCIA (O AUSENCIA) Y LOCALIZACION DE GANGLIOS CERVICALES; Y TODO HALLAZGO RADIOGRAFICO; v.gr.: "NO HAY EVIDENCIA RADIOGRAFICA DE ANORMALIDAD",. DEBERAN MENCIONARSE TAMBIEN LAS CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA EN FRASCO; POR EJEMPLO: "CONSISTENCIA SEMEJANTE A JALEA CON CUBIERTA EXTERNA FIRME". EL DIAGNOSTICO CLINICO PUEDE SER UTIL PERO NO NECESARIO.

INFORME DEL PATOLOGO. SE RECIBE LUEGO UN INFORME DEL PATOLOGO ACERCA DE LA BIOPSIA, PROPORCIONANDO UN DIAGNOSTICO BASADO EN EL TEJIDO Y LA HISTORIA QUE SE LE ENTREGARON. DEBE RECONOCERSE QUE EL

DIAGNOSTICO DEBERIA CORRESPONDER AL CURSO CLINICO DEL PACIENTE ANTES Y DESPUES DE LA BIOPSIA. SI UNA LESION ENCONTRADA BENIGNA ES SOSPECHOSA Y SE COMPORTA CLINICAMENTE COMO SI FUERA MALIGNA, EL DENTISTA DEBERA TRATAR DE LOGRAR MAS INFORMACION. SE RECOMIENDA INSISTENTEMENTE OTRA BIOPSIA O ENVIAR AL PACIENTE A OTRO MEDICO PARA OBTENER UNA OPINION MEJOR QUE UN PERIODO DE ESPERA EN OBSERVACION. POR LO DEMAS, LA MAYORIA DE LOS PATOLOGOS ESTARAN DE ACUERDO EN ENVIAR ALGUNAS PREPARACIONES A UN COLEGA SI ESTE SE LAS SOLICITA.

SIEMPRE QUE SE HAGA DIAGNOSTICO DE MALIGNIDAD, EL DENTISTA DEBERA DECIDIR SI TRATA EL MISMO AL PACIENTE O SI LO ENVAIA A OTRO MEDICO. ES IMPORTANTE QUE CONOZCA LA DISPOSICION Y LAS LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS AL ALCANCE EN SU REGION; v.gr.; RADIOTERAPIA, CIRUGIA DE TUMORES, QUIMIOTERAPIA. EN PARTICULAR, CUANDO SE ENCUENTRAN LESIONES MALIGNAS, EL DENTISTA TIENE QUE INTERVENIR ANTES DEL TRATAMIENTO PRIMARIO Y EN EL PERIODO DE REHABILITACION. SU VOLUNTAD DE COOPERACION PUEDE SER MUY IMPORTANTE PARA EL PACIENTE MIENTRAS SE ADAPTA A SU NUEVA SITUACION.

EL FUTURO

NO HAY NADA MAS PELIGROSO QUE PREDECIR EL FUTURO. EN GENERAL, LA HISTORIA MISMA SE ENCARGA DE DESMENTIRLO IRONICAMENTE. LOS PASOS DE LA HISTORIA SON RARAMENTE PREVISIBLES, INCLUSO POR LOS CONTEMPORANEOS. NADIE PUEDE AFIRMAR QUE SERA DE LA CIRUGIA DENTRO DE 10 6 20 AÑOS. NO OBSTANTE, ES POSIBLE AFIRMAR QUE HABRA CAMBIADO DE ASPECTO. EN UNA EPOCA EN COMPLETA EVOLUCION, LA CIRUGIA AVANZA AL RITMO DE LAS CIENCIAS VECINAS EN UN MAYOR ESTADO DE EVOLUCION.

LA EVOLUCION ACTUAL PERMITE, AL MENOS, PREVER QUE EL CIRUJANO UN DIA U OTRO SE VERA EXCLUIDO DE CAMPOS IMPORTANTES: LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS, COMPRENDIDA LA TUBERCULOSIS, POR LAS CUALES "PASA LA MANO" DE VEZ EN CUANDO. PROBABLEMENTE, TAMBIEN LA ABO-LICION DEL CANCER, QUE ES ACTUALMENTE UNO DE SUS DOMINIOS MAS ACTIVOS. EN CUANTO SE CONSIGA DESCUBRIR LA GENESIS DEL MISMO, EL CIRUJANO SE VERA RELEGADO A UN PAPEL MODESTO.

EN LO RESTANTE, SU ELIMINACION ES MUCHO MENOS PROBABLE. LOS ACCIDENTES CORPORALES NO SERAN JAMAS ELIMINADOS Y SU REPARACION SIEMPRE NECESARIA. DE IGUAL FORMA, TENDRA QUE SEGUIR REPARANDO LAS DEFORMACIONES CONGENITAS, CAMPO EN EL QUE HAY QUE HACER MUCHO TODAVIA.

ES DE ESPERAR UN GRAN DESARROLLO DE LA CIRUGIA FISIOLÓGICA, AUNQUE ESTO ES MUY ARRIESGADO AFIRMARLO. INTERVENIR SOBRE UN ORGANNO SANO NO ESTA EN LA LINEA LOGICA, PUES SE INTENTA COMPENSAR UN DESEQUILIBRIO CREANDO OTRO DE SENTIDO CONTRARIO.

SOBRE ESTO, SI LA INTERVENCION SE HACE SOBRE UN ORGANNO CUYO FUNCIONAMIENTO ES EXCESIVO, EL EFECTO ES MAS SATISFACTORIO PARA EL ORGANISMO. ESTE EXITO PERMITE AUGURAR QUE, EN EL FUTURO, SE CONSEGUIRAN TRANSPLANTES DE ORGANOS ENFERMOS A ESCALA MUCHO MAYOR.

ENTONCES RECONSTRUYENDO UN SER POR ENSAMBLAJE DE DISTINTOS ORGANOS, EL CIRUJANO MATERIALIZARA EL MITO DE LA QUIMERA.

CONCLUSIONES

ES DE VITAL IMPORTANCIA PARA EL CIRUJANO DENTISTA, VALORAR AL PACIENTE CORRECTAMENTE: ES DECIR, UN PERFECTO EXAMEN RADIOGRAFICO PREVIO, QUE NOS IMPONGA DE LA EXACTA UBICACION DEL DIENTE RETENIDO Y SU RELACION CON LOS ORGANOS, CAVIDADES Y DIENTES VECINOS.

EL ESTUDIO DE LA PORCION CORONARIA Y RADICULAR PARA PLANEAR DE ACUERDO A LOS DATOS RADIOGRAFICOS DE ESTAS REGIONES, EL METODO QUE MEJOR CONVenga, YA QUE EL TERCER MOLAR ES EL DIENTE QUE PRESENTA MAYORES VARIEDADES DE FORMA, TAMAÑO Y DISPOSICION AL IGUAL QUE ANOMALIAS: POR ESTA RAZON DEBEMOS TENER MUCHO CUIDADO AL HACER UN DIAGNOSTICO, PUES MAS TARDE QUIENES SUFREN DURANTE SUS INTERVENCIONES POR NO HABER PRECISADO BIEN LOS DATOS DEL PACIENTE.

LA MAYORIA SE PREOCUPA EN EL CURSO DE RECUPERACION DEL PACIENTE, EN ESOS MOMENTOS NOS SENTIREMOS SENTADOS EN UNA BALANZA Y DESPUES SE SONREIRA DE SATISFACCION CUANDO SE VEAN CORONADOS TODOS LOS ESFUERZOS CON EL RESTABLECIMIENTO TOTAL DEL PACIENTE.

BIBLIORAFIAS:

- * EDUCACION QUIRURGICA PARA EL ESTUDIANTE DE CIENCIAS DE LA SALUD.
DR. ABEL ARCHUNDIA GARCIA.
1983.

- * CIRUGIA BUCAL.
DR. EMMETT R. COSTICH, DR. RAYMOND, P. WHITE JR.
INTERAMERICANA 1a. EDICION.

- * CIRUGIA BUCAL.
GUILLERMO A. RIES CENTENO.
EDITORIAL EL ATENEO, 8a. EDICION.

- * ATLAS DE CIRUGIA ESTOMATOLOGICA MAXILOFACIAL
G. GINESTET, F. FREZIERES, J. PONS, M PALFER
EDITORIAL MUNDI, S.A. CIF.

- * TRATADO DE CIRUGIA BUCAL PRACTICA.
DANIEL E. WAITE.
EDITORIAL CONTINENTAL, S.A. DE C.V. MEX. 2a. EDICION

- * TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.
GUSTAVO O' KRUGER
EDITORIAL INTERAMERICANA , 4a. EDICION.

- * GUARALNICK. TRATADO DE CIRUGIA ORAL
SALVAT EDITORES, S.A.

- * CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
DR. ROBERT A. WISE, DR. HARVEY W. BAKER
EDITORIAL INTERAMERICANA, 3a. EDICION.