

4
2oj.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DISTINTAS POSICIONES DEL TERCER
MOLAR INFERIOR RETENIDO Y
SU TECNICA QUIRURGICA

R

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
RICARDO ALQUICIRA LUCIO



MEXICO, D. F.

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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

INTRODUCCION

CAPITULO I

ANATOMIA 1

I.1 Hueso de la región del tercer molar inferior

I.2 Músculos de la región

I.3 Vasos y nervios de la región

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA 24

II.1 Importancia de la historia clínica en el consultorio dental.

II.2 Historia Clínica

CAPITULO III

EL TERCER MOLAR INFERIOR 27

III.1 Generalidades

III.2 Anatomía dental

CAPITULO IV

RADIOLOGIA 31

IV.1 Estudio radiográfico del tercer molar inferior retenido.

CAPITULO V

CLASIFICACION 36

V.1 Etiología

V.2 Diferentes tipos de posiciones del tercer molar inferior retenido.

CAPITULO VI

ANESTESIA 71

VI.1 Generalidades

VI.2 Anestesia Local y Regional

VI.3 Técnicas de Anestesia

CAPITULO VII

TECNICA QUIRURGICA 79

VI.1 Generalidades

VII.2 Técnica quirúrgica

VII.3 Clínica quirúrgica

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO 96

VIII.1 Tratamiento Pre-operatorio

VIII.2 Tratamiento Post-operatorio

CAPITULO IX

ACCIDENTES 102

IX.1 Accidentes más comunes

IX.2 Tratamiento

CONCLUSIONES 108

BIBLIOGRAFIA 109

INTRODUCCION

La inclusión del tercer molar inferior es muy frecuente y en ocasiones causa dolor, por esto consideramos que es de suma importancia el tema tratado en este trabajo.

Por otra parte la función social que desempeña el Odontólogo, implica el tener presente que las posibilidades económicas de la población, en su mayoría son muy limitadas y considerando que el costo de este tipo de tratamiento cuando es realizado por el especialista en Cirugía Bucal es elevado y queda fuera de su alcance. Por lo cual, se presenta la necesidad de que todo Odontólogo conozca las técnicas básicas para realizar este tipo de intervención.

Este trabajo no representa una investigación exhaustiva, pero no se ha elaborado en forma superficial, no pretende mostrar todos los elementos necesarios para esta intervención, sólo pretende adentrarse en el conocimiento de este problema y darle algunas armas u opciones posibles al Cirujano Dentista, para la resolución de situaciones de este tipo cuando se le presenten.

ANATOMIA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

En el maxilar inferior, hueso impar, medio y simétrico, según rezan las clásicas descripciones anatómicas, se encuentra la denominada región del tercer molar inferior.

Esta región se halla constituida por el hueso maxilar, el molar que aloja y las partes blandas que lo cubren, revisten y circundan.

EL HUESO

La región del tercer molar inferior está situada en el ángulo diedro de unión de las dos partes componentes de la mandíbula: la rama montante y el cuerpo. Limitada por delante, un plano formado por la cara distal del segundo molar y su prolongación hasta el borde inferior del hueso; y por encima, un plano horizontal que pase a nivel de la espina de Spix, prolongándose hasta el borde parotídeo de la mandíbula.

Su cara posterior es un plano paralelo a la cara anterior trazado aproximadamente a un centímetro por detrás del punto más distal del tercero, varía según la posición de este molar.

La cara bucal es la cara externa del maxilar, con sus accidentes anatómicos y variaciones morfológicas dependientes -

de la posición del tercero; iguales consideraciones hay que hacer con la cara interna. La cara inferior del cubo quirúrgico está formada por un plano paralelo al plano oclusal de los molares inferiores y trazado por debajo de la porción más inferior del molar retenido.

Del cuerpo del maxilar sólo nos interesa recordar, además de su forma de herradura, que posee dos caras y cuatro bordes y que está constituido por dos elementos anatómicos y funcionales distintos: La porción basal, que se une sin límites visibles con la rama ascendente, y la porción alveolar.

La porción alveolar, se desvía hacia el lado interno, permitiendo de este modo que, entre el borde anterior de la rama ascendente y esta porción o apófisis alveolar, quede un espacio acanalado, el canal o fosa retromolar, que desempeña un papel importante en la evolución, patología y cirugía - - del tercer molar.

La cara externa del cuerpo del maxilar está dividida en diagonal por la prolongación del borde anterior, que constituye la línea oblicua externa.

El triángulo superoanterior es cóncavo; el inferoposterior es plano o ligeramente convexo.

La cara interna del cuerpo está cruzada diagonalmente por una cresta rugosa, prominente y bien visible, la línea milohioidea.

En esta cresta se inserta el músculo milohioideo, por encima de esta línea milohioidea, la tabla ósea es el límite externo de la región sublingual; por debajo el hueso está excavado para recibir la glándula submaxilar.

La rama ascendente, o rama montante, tiene mucha relación con el tercer molar inferior retenido, de forma rectangular con su eje mayor formando un ángulo de 100 grados con el cuerpo del maxilar.

Sus dos caras, la externa y la interna, tienen elementos anatómicos con relación con el molar que estamos considerando; la externa, rugosa en su parte inferior y hasta la altura del tercer molar, recibe la inserción del poderoso músculo masetero; en la porción inferior de la cara interna, se inserta el pterigoideo interno.

La cara externa constituye el borde externo de la apófisis alveolar; la interna, su borde interno. Ambas crestas forman un espacio triangular, con el nombre de trigono retro molar, de importancia considerable en la cirugía que estamos estudiando.

La cresta temporal, en su porción media y superior sirve de inserción a los tendones profundos del músculo temporal; - en el labio interno de la bifurcación terminal de la cresta - temporal o labio externo del triángulo retromolar, toma inserción el ligameto pterigomaxilar.

En esta línea oblicua externa del segundo molar los cuadros de la barba, triangular de los labios cutáneo del cuello; y en el fondo de la fosa retromolar, se inserta el músculo buccinador.

De acuerdo con las distintas posiciones del molar retenido, varía la forma, tamaño, disposición, altura y consistencia del hueso pericoronario.

El hueso mesial. Se denomina hueso mesial a la porción ósea que se halla entre la cara mesial del tercer molar retenido y la cara distal del segundo. Sus límites son variables, -- según el tipo de retención.

Con su eliminación, sirviendo como punto de apoyo al instrumentto quirúrgico, se logra la exodoncia del molar retenido.

El hueso bucal. Consideramos como tal a la porción ósea - que cubre la cara bucal del tercer molar, corona ó raíces. Sus límites son imprecisos y variables.

Sus límites mesial y distal están dados por un plano -- vertical, paralelo a la cara mesial del tercer molar, y otro plano paralelo a la cara distal. El espesor, ancho, consistencia y disposición de este hueso, son variables para cada tipo de retención.

En las retenciones totales, el hueso bucal se continúa sin límites con el hueso oclusal o el hueso distal.

La presencia del saco pericoronario del tercer molar modifica, su fisionomía, arquitectura y consistencia.

El hueso distal.- Clave de la cirugía del tercer molar inferior.

Variable en su forma, extensión, dimensión y consistencia, según la posición del tercer molar.

El hueso distal es una ancha planicie, se extiende desde la línea oblicua externa a la cresta temporal. Su límite distal se confunde con la rama ascendente del maxilar y su límite mesial termina a nivel de la cara distal del tercer molar inferior o se prolonga insensiblemente con el hueso oclusal.

El hueso distal se halla perforado por un agujero nutricio, único, múltiple o cribiforme; dicho agujero nutricio da paso a los vasos correspondientes. El calibre de estos vasos se manifiesta en la hemorragia profusa que se produce en algunas oportunidades, al practicar la incisión distal, en el acto quirúrgico.

Llamamos clave de la cirugía del tercer molar retenido al hueso distal, porque a sus expensas, previas maniobras quirúrgicas, se practica la extracción del molar. El hueso distal puede hallarse también destruido o haber desaparecido en parte, por la presencia de procesos patológicos y aún el saco pericoronario.

El hueso lingual.- Lleva este nombre el hueso que cubre la cara lingual del tercer molar retenido. Los límites del hueso lingual, como los del bucal, está dados por el tabique, hueso mesial o interséptum, en su lado mesial; la cara distal del tercer molar, en su porción distal; sus límites superior e inferior son, respectivamente, el borde alveolar lingual o el ángulo diedro de unión con el hueso oclusal y una línea que corte los ápices del tercer molar. El hueso lingual varía en su forma, espesor, altura y consistencia según la posición del tercer molar.

Por regla general, este hueso lingual es de escaso espesor.

El hueso oclusal.- El hueso que cubre la cara triturante u oclusal del tercer molar retenido es denominado oclusal.

La proporción, disposición, consistencia y morfología -- del hueso oclusal, como las de sus regiones limitrofes dependen del distinto tipo de retención del tercer molar.

El hueso puede cubrir totalmente la cara triturante del molar, o sólo hacerlo en una extensión variable de ella, la cantidad, disposición, espesor y consistencia del hueso oclusal dependen del tipo de retención.

En las formas más profundas de retención vertical, el hueso onclusal adquiere mayor espesor y preponderancia.

En las retenciones horizontales o mesioangulares, el hueso oclusal es el interséptun; en las distoangulares, el hueso oclusal puede estar en un plano anterior con respecto al hueso distal.

El hueso basal.- Se denomina hueso basal al cubo óseo que se halla ubicado debajo de las raíces, del tercer molar.

Sus límites, imprecisos y variables, de acuerdo con la distinta posición del molar retenido, el límite inferior es el borde inferior del hueso maxilar y el superior un plano horizontal que pasa tangente a los ápices del molar retenido.

La tabla externa e interna del cubo que estamos considerando (cara bucal y lingual del maxilar inferior) están sólidamente formadas por una cortical espesa. Surca esta posición del hueso basal el conducto dentario inferior, con los elementos que contiene.

El hueso basal puede ser asiento de procesos patológicos de origen periapical: granulomas, quistes paradentarios o abscesos óseos originados por gangrena pulpar del tercer molar.

Disposición del hueso a nivel del tercer molar inferior: El maxilar inferior se halla formado en toda su extensión por dos tablas de hueso compacto (la tabla externa y la tabla interna) unidas entre sí por el hueso interdentario o interdicular, este hueso es de tipo esponjoso.

A nivel del tercer molar, vemos claramente que está formado por las dos tablas óseas mencionadas, la cortical externa y la interna en distinta relación y variedad con el alvéolo del tercer molar, dependiendo estas variaciones de diver-

Los factores: altura del hueso a nivel del tercer molar, ancho del mismo, posición del tercer molar.

El alvéolo del tercer molar presenta su eje vertical dispuesto de manera distinta a la de los ejes verticales de los dientes mesiales al tercero.

El alvéolo del segundo y, sobre todo, del tercer molar, se encuentra más próximo a la tabla interna.

Por otra parte, el macizo óseo, que aloja el tercer molar presenta una particular disposición, que consiste en que este macizo se proyecta lingualmente con respecto a la arcada dentaria y al trayecto del cuerpo del maxilar.

La línea oblicua interna o milohioidea presenta relaciones variables con el ápice del tercer molar; este ápice puede estar a nivel por encima o por debajo de la línea milohioidea. Estas relaciones dependen de tres factores: la altura del cuerpo mandibular, la longitud anteroposterior del proceso alveolar y la longitud de las raíces del tercer molar.

La disposición del hueso esponjoso entre las dos tablas del maxilar presenta en los cortes una forma triangular, de base superior, o una forma de óvalo; triángulo u óvalo que están surcados a distinta altura por el conducto dentario.

Entre estas líneas, arcos y columnas de refuerzo, se hallan zonas de menor densidad y espesor, las cuales originan verdaderas zonas de debilidad del hueso maxilar inferior.

El hueso interradicular (séptum).- Winster denomina séptum al hueso interradicualr que se encuentra como su definición lo indica, ocupando el espacio existente entre las raíces del tercer molar inferior.

En ciertas circunstancias está constituido por hueso esponjoso de características parecidas al hueso mesial, aunque las mallas del tejido de el séptum, se hallan más apretadas y con huecos más pequeños entre las láminas de la esponjosa.

La forma del séptum es sumamente variable en los distintos casos y está en relación directa con la posición del tercer molar y la forma de sus raíces. En los terceros con sus raíces fusionadas el séptum no existe.

Las relaciones del hueso interradicular son diferentes en las distintas posiciones del molar: en las verticales, como se dijo en el párrafo anterior, se continúa con el hueso basal; en los terceros molares en posición mesioangular, su vecindad inmediata es el hueso distal. En los linguo o vestibulares, el séptum puede relacionarse o forma parte, por una de sus caras, de la superficie del hueso bucal o lingual.

El alvéolo del tercer molar inferior.- Se presenta como una pirámide, de base cuadrangular y cuyo vértice está dirigido hacia el cuerpo del maxilar.

En las paredes del alvéolo del tercer molar el hueso se condensa. El alvéolo del tercer molar, está ubicada en el -- hueso maxilar inferior en variables posiciones, de acuerdo - con las distintas angulaciones que puede presentar este molar. En muchos casos, la proyección del alvéolo del tercer - molar cae por dentro de la cara lingual del maxilar.

El Conducto Dentario.- Siguiendo la clásica descripción anatómica, el conducto dentario inferior se inicia en la cara interna de la rama ascendente del maxilar, en el orificio superior del conducto dentario situado, según los autores, - equidistante de los cuatro bordes de la rama.

El conducto labrado en el interior del hueso está protegido por una cortical que le es propia, tiene un trayecto - de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante, terminando... a nivel del agujero mentoniano.

El conducto dentario se desliza de las raíces del tercer molar, contrayendo relación con el lado lingual del conducto.

El alvéolo del tercer molar, y por lo tanto este diente contrae con el conducto diversas y variadas relaciones, dependientes de disitntos factores: posición del tercer molar, longitud de sus raíces, altura y espesor del cuerpo mandibular.

Sicher, ha estabelcido tres tipos anatómicos:

Primer Tipo.- El conducto está en contacto con el fondo del alvéolo del tercer molar.

Segundo Tipo.- Existe una franca distancia entre el conducto y los ápices de los molares inferiores.

Tercer Tipo.- Es aquel que se presenta en individuos jóvenes; en este tipo todos los dientes están en íntima relación con el conducto.

EL PERIOSTIO

El maxilar inferior, como todo hueso, está recubierto -- por una membrana fibrosa llamada periostio.

Este tejido rodea a modo de forro, cubierta o envoltura, todo el hueso maxilar inferior, y sólo tiene como solución de

continuidad la que presenta a nivel de la arcada dentaria, donde de el periostio se interrumpe del lado bucal y lingual de la fila dentaria.

Este tejido presenta en el maxilar inferior una firme adherencia alrededor de los cuellos dentarios, inserción que es preciso vencer quirúrgicamente para desprender el periostio de su inserción ósea.

LA MUCOSA ALVEOLAR

La mucosa que reviste toda la cavidad bucal, tapiza también la región del tercer molar inferior. Se reconocen en ella dos porciones: una, que comenzando en el surco vestibular, recubre el alvéolo hasta su reborde o cresta (mucosa alveolar); y la otra que se extiende desde la cresta alveolar hasta el borde gingival (encia propiamente dicha).

La mucosa se implanta en la submucosa, de estructura variable y de espesor, la estructura a su vez se asienta directamente sobre la cara externa del periostio.

La mucosa bucal presenta, con relación a la corona del tercer molar, distintas disposiciones, según que el tejido óseo que la cubre esté intacto o tenga solución de continuidad.

En los casos clínicamente sanos, el tejido gingival, alrededor del tercer molar retenido, forma un rodete que circunscribe, en variable disposición, la porción visible de la corona dentaria.

La palpación dentaria clínica digital de la porción gingival, que rodea bucal y distalmente la corona del molar retenido logra provocar la salida de cantidades variables de pus.

EL SACO DENTARIO

Producto de una condensación del mesodermo, el saco dentario posee funciones odontogénicas específicas. Rodea al folículo y acompaña al diente en el periodo de erupción dentaria.

Retenido un diente en el maxilar, el saco dentario posee funciones odontogénicas específicas. Rodea al folículo y acompaña al diente en el periodo de erupción dentaria.

Retenido un diente en el maxilar, el saco dentario rodea su corona y se inserta exactamente a nivel del cuello dentario.

En algunas oportunidades, el saco puede comunicar con el medio bucal e infectarse. Los restos epiteliales que contiene el saco dentario y periocoronario, puede iniciar evoluciones tumorales de características, índole e intensidad variables.

MUSCULOS

Sólo haremos una somera descripción de los pocos músculos que tienen relación con el tercer molar.

MASETERO.- El poderoso músculo masticatorio presenta una forma rectangular, insertándose en el arco cigomático y en la cara externa del maxilar inferior. Esta formado por dos fascículos, uno externo y anterior y otro profundo y posterointerno.

La cara interna del músculo se relaciona con la cara externa de la rama ascendente, en cuyos tres cuartos inferiores toman inserción. En algunos casos de terceros molares en retenciones muy por detrás de la rama ascendente y en proyección bucal, la cara interna del músculo puede estar vecina al molar retenido.

TEMPORAL.- Es un ancho abanico muscular que se extiende desde la fosa temporal hasta el maxilar inferior. Sólo su inserción inferior tiene relación con la región del tercer molar.

La inserción en el maxilar inferior se hace por dos grupos de fibras, una superficiales y otras profundas; las primeras se insertan en el borde anterior de la rama ascendente; las segundas en la cresta temporal, llegando estas fibras has-

ta las vecindades del ángulo diedro linguodistal del tercer molar inferior.

BUCCINADOR.- El músculo buccinador forma la pared lateral de la cavidad bucal. Es un músculo plano y corto que tiene inserciones óseas, musculares y aponeuróticas; se dirige desde la parte posterior de la arcada hasta la comisura labial.

Sus inserciones óseas tienen lugar en el maxilar superior y el inferior.

La inserción del músculo se realiza en una bandeleta fibrosa conocida con el nombre de aponeurosis buccinatófaringea o ligamento pterigomaxilar.

Este ligamento se extiende desde el gancho del a la interna de la apófisis pterigoides hasta una pequeña superficie, situada por detrás y adentro del tercer molar inferior.

Por lo tanto, la inserción inferior está en íntima relación con el alvéolo del tercer molar; esta inserción ocupa el tercio interno o externo del hueso bucal; en ciertos tipos de retenciones del tercer molar, la proximidad del músculo con el molar obliga a desprender parte del buccinador en las maniobras quirúrgicas.

Pterigoideo interno.- Este músculo, corto y poderoso, sólo en escasas oportunidades tiene alguna relación importante con el tercer molar inferior; en las retenciones distoangulares, con gran desviación lingual.

Milohioideo.- El milohioideo es un músculo par; cada uno de ellos de forma cuadrilátera, se extiende desde el maxilar inferior al hueso hioides, formando entre ambos un plano muscular que constituye el piso de la boca.

El músculo se inserta en la línea milohioideo desde el extremo posterior de esta línea hasta la sínfisis.

La inserción posterosuperior del milohioideo cruza en diagonal la proyección de las raíces del tercer molar.

Los molares en linguversión puede tener su corona en inmediato contacto con la inserción posterior del músculo.

NERVIOS

La región que nos ocupa está bajo la dependencia del trigémino por intermedio de la tercera rama, el nervio maxilar inferior o mandibular; sobre todo, una de sus ramas terminales, el nervio dentario inferior, tiene bajo su dependencia la inervación sensitiva de la zona.

Al dentario inferior le corresponde la sensibilidad del hueso, encía y pulpa del tercer molar; la parte bucal de la encía no está inervada por esta rama, sino que depende del nervio bucal. La encía interna cae bajo la dependencia del lingual.

El nervio bucal, bucal largo o buccinador es una rama del nervio maxilar inferior, del cual se separa, después que este abandona el agujero oval; se dirige hacia abajo, adelante y afuera, entre la apófisis coronoides y la tuberosidad del maxilar; corre por dentro del temporal hasta el músculo buccinador, al cual atraviesa, dando inervación a la encía del lado bucal del maxilar inferior, desde el tercer molar hasta el segundo premolar.

ARTERIAS

La arteria que irriga la zona del tercer molar inferior es una rama colateral descendente de la maxilar interna: la arteria dentaria inferior.

Nace cerca del cóndilo, se dirige hacia abajo y afuera, recorre el espacio pterigomaxilar y se introduce con el nervio dentario inferior en el conducto. Posee dos clases de ramas: las arterias pulpares que penetran por el foramen apical a los dientes inferiores y las arterias alveolares,

que ocupan los tabiques interdentarios e interradiculares; - éstas envían ramas menores al periodonto y encía de ambas caras del maxilar.

VENAS

Dentro del conducto dentario se alojan dos o más venas que recorren el mismo camino que la arteria dentaria; sus - tributarias son homólogas y paralelas a las arterias pulpares, óseas, periodónticas y gingivales.

Las venas dentarias desembocan en el plexo pterigoideo; situado en la región cigomática.

LINFATICOS

Los tejidos blandos pericoronarios y el hueso que rodea el tercer molar inferior dan origen a conductos linfáticos - que van a desembocar en una serie de ganglios situados en la región suprahioides en la celda submaxilar.

Los procesos inflamatorios originados a expensas del - capuchón del tercer molar inferior, la pericoronitis y las - distintas y variadas afecciones que se desarrollan en los - maxilares, a expensas de este diente, tienen inmediata reper - cusión ganglionar, provocando adenitis de distinto tipo en -

los ganglios tributarios de la región suprahióidea.

Estos ganglios, en número de seis a ocho, están situados en la celda submaxilar.

El método clínico, que consiste en inclinar la cabeza del paciente del lado afectado, permite, por la relajación de los músculos palpar y reconocer los ganglios.

ANATOMIA TOPOGRAFICA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Las regiones con relación de este diente son: masetérica, geniana, de la fosa cigomática y glusosuprahioidea.

REGION MASETERICA

Situada en las partes laterales de la cara, esta región tiene aproximadamente los límites del músculo masetero: arco cigomático, por arriba; el borde inferior del maxilar, por --- debajo; el borde posterior de este hueso, por detrás; y el borde anterior del músculo que da nombre a esta región, por delante.

REGION GENIANA

Sólo está relacionada por su límite posterior con la región. Se halla, situada a ambos lados de la cara, y son sus límites: el posterior, el borde anterior de la rama; el superior, el borde inferior de la órbita, el borde inferior del -- maxilar , ya delante, los surcos nasogeniano y labiogeniano.

REGION DE LA FOSA CIGOMATICA

Perteneciente a las regiones profundas de la cara, se halla situada por dentro de la rama ascendente del maxilar infe-

rior; tiene escasa relación con la región. Puede ser asiento de problemas originados por complicaciones inflamatorias del tercer molar o por la anestesia troncular; asimismo, suelen observarse algunos quirúrgicos, como el deslizamiento del tercer molar a esta región o al suelo de la boca.

Todos estos problemas se desarrollan en el tercio inferior de la región cigomática.

Los límites de la región están señalados: arriba, por el arco cigomático; abajo, por el borde inferior del maxilar; atrás, por la cara anterior de la parótida, adelante, por la tuberosidad del maxilar superior y su prolongación imaginaria hacia abajo. El límite externo está constituido por la cara interna del maxilar y su límite interno lo forman la apófisis pterigoides y la faringe.

REGION GLOSOSUPRAHIOIDEA

Las dos regiones vecinas, de íntima relación y mutua dependencia: la región sublingual, o piso de la boca, y la región suprohioidea.

Estas regiones son indivisibles tanto desde el punto de vista anatomoclínico como del quirúrgico.

Sus afecciones son comunes y la terapéutica es también la misma para ambas.

La región glososuprahioidea está limitada: a los lados, - por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo; hacia arriba, por el borde inferior de la mandíbula, desde el mentón al gonión hacia abajo, un plano que pasando por el cuerpo del hioides llegue lateralmente hasta ambos esternocleidomastoideos. El plano superior de la región está formado por la mucosa bucal, que recubre al piso de la boca, y la lengua, que se encuentra descansando arriba de ella.

Arterias: La facial y la lingual ramas de la carótida externa.

Venas: La facial y la lingual que recorren caminos paralelos a las arterias; la primera desemboca en la yugular interna o externa y la segunda en la yugular interna.

HISTORIA CLINICA

Es importante valorar al enfermo, establecer un diagnóstico e inteligentemente discernir el procedimiento quirúrgico.

El conocimiento de las estructuras anatómicas y su fisiología es fundamental para adecuar los datos que obtenemos de nuestro paciente. Estos datos se pueden obtener en forma directa o indirecta. Esta información es una serie de datos que son crudos, confidenciales, originales o irremplazables, que nos ayudan a reconocer el padecimiento.

Los sentidos del examinador: vista tacto, olfato, oído y algunas veces, el gusto, intervendrán para recabar los datos e información con el fin de elaborar un diagnóstico.

Diagnóstico: Se puede definir como el arte o acto de reconocer la enfermedad o motivo que aqueja al paciente.

Una historia clínica adecuada deberá contener la siguiente información:

Molestia principal: Se registran sucintamente los síntomas presentados por el paciente y su duración.

Padecimiento actual: La descripción que hace el paciente de su padecimiento nos facilita datos importantes acerca de la importancia relativa de los síntomas. El paciente rara vez describe su padecimiento claro, conciso, cronológico: como empezó y como ha evolucionado.

Antecedentes: Nos informa sobre las enfermedades y traumatismos anteriores. Se especifica en detalle el tiempo de -- iniciación, duración, complicaciones, secuelas, tratamiento, lugar de tratamiento, nombre del médico que lo atendió. Ejemplos de estas enfermedades son: reumatismo, tuberculosis, neumonia, enfermedades venéreas y tendencias hemorrágicas.

Historia social y ocupacional: En algunos casos, debido a la naturaleza de la enfermedad actual, se necesita el conocimiento detallado del estado económico y emocional del paciente y de su ocupación (número y tipo de trabajos, clase del trabajo actual, exposición a agentes tóxicos y signos profesionales es decir, ventilación, temperatura e iluminación).

Historia familiar: Este nos da la oportunidad de valorar las tendencias hereditarias del paciente o las posibilidades de adquirir la enfermedad dentro de su propia familia. Ejemplos: Cáncer, diabetes, artritis, enfermedades vasculares, enfermedades de la sangre, estados alérgicos e infecciones.

Hábitos: Estos informa el método de vida del paciente: sueño, dieta o ingestión de líquidos. Hay que registrar cuidadosamente las medicinas que esta tomando ó ha está tomando.

Cuando hay alguna duda, debido a la historia obtenida se debe consultar al médico de cabecera para valorar las condi--

iones físicas del paciente.

Algunos exámenes de laboratorio pueden ser útiles para establecer el diagnóstico.

Análisis de laboratorio: Estos son útiles al cirujano bucal y le ayudarán a obtener un diagnóstico correcto. La radiografía algunas veces nos da información que no podemos obtener por medio de la inspección, palpación, o auscultación.

El examen sistemático de la sangre y de la orina algunas veces nos revela estados que pueden complicar el procedimiento quirúrgico.

Pueden ser indispensables que se lleven a cabo otras pruebas de laboratorio, según las necesidades del paciente como: tiempo de sangrado, de coagulación, de protrombina.

TERCER MOLAR INFERIOR

Organo terminal de la serie dentaria, el tercer molar inferior presenta características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayor variedad de formas, -- anomalías y disposiciones. Su forma se parece en algunos casos al primer molar inferior en otros al segundo y en ciertos casos no tiene ningún similitud con otros dientes. Por otra parte no es raro el caso de ausencia congénita del tercero, así como es posible encontrar un cuarto y aún un quinto molar.

Con respecto al tamaño, en muchos individuos es el molar inferior más pequeño; en una proporción más elevada de casos, el tercero es el mayor. El gigantismo y el enanismo son anomalías frecuentes en este diente.

Como en cualesquiera de los dientes, debemos considerar en él su corona y su raíz, unidas ambas porciones por la región denominada cuello dentario.

CORONA.- A causa de la gran variedad de formas de la corona del tercer molar inferior, es tarea imposible encuadrar su descripción en una sistematización rigurosa.

Presenta, como se dijo anteriormente, la forma del segundo ó del primer molar; tiene por lo tanto cuatro ó cinco cúspides; en elevada cantidad presenta sólo tres cúspides, y se encuentran algunos con diversas anomalías, cúspides supernumerarias ó defectosa formación coronaria.

Según SICHER, la mitad de los terceros molares inferiores tiene cuatro cúspides, el 40% cinco cúspides, y el 10% restantes son tricúspides ó con distintas variaciones en la corona -- (cúspides supernumerarias).

Las caras del molar se denominan mesial, bucal, lingual, distal y oclusal.

La cara mesial es ligeramente plana; su dimensión buco-lingual mayor que la vertical.

La cara bucal es convexa, presentando distintos surcos - de acuerdo con la condición y número de cúspides de la cara - oclusal.

La cara lingual se presenta ligeramente plana en su dirección mesiodistal.

La cara distal es convexa con su vertiente superior más corta que la inferior; la convexidad de la cara distal es de -

proporciones diversas y, en algunos terceros molares, esta característica es pronunciada.

La cara oclusal es de forma variable, de acuerdo con el número de cúspides que presente.

TAMANO DE LA CORONA.- La más amplia variedad de tamaños presenta la corona del tercer molar. Se observan coronas pequeñas, no mayores que la corona de un premolar común y coronas gigantes, cuyos diámetros mesiodistal y bucolingual exceden en medio centímetro los mismos diámetros de un primer molar.

FORMA.- Además de las variaciones propias, producto del número de cúspides que posea, el tercer molar inferior puede presentar distintas anomalías de forma; también modifican la anatomía coronaria, tubérculos supernumerarios y germinaciones.

RAICES.- Ningún molar posee características parecidas a las que presenta el tercer molar inferior, en lo que respecta a el número forma, tamaño, disposición y anomalías de las raíces.

Por lo general, el tercer molar inferior es birradicular y de las dos raíces una es la mesial y otra la distal. La raíz

mesial es aplastada en sentido mesio-distal siendo algo más ancha en su porción bucal que en la lingual. La raíz distal tiene parecidas características aunque, por lo general su dimensión mesiodistal es menor que la de la raíz mesial.

Por otra parte, pueden encontrarse molares con sus raíces fusionadas, dando tal disposición una forma cónica a ésta parte del diente, pudiendo presentar sus conductos radiculares de modo único, doble ó triple.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

El estudio radiográfico del tercer molar inferior retenido señala una cantidad de detalles de interés que deben ser útiles y juiciosamente aplicados en el diagnóstico y cirugía de este molar.

Previamente es menester, para la mejor comprensión del problema. En una radiografía del tercer molar inferior retenido debe presentarse nítida y correctamente este diente.

El tercer molar debe ser observado en su posición, forma - tamaño, presentación y relaciones. El diagnóstico radiográfico de la posición del tercero es un detalle fundamental en la cirugía del molar retenido.

La forma y tamaño del molar retenido debe deducirse también de este exámen y de los hallazgos que la clínica efectue. El estudio radiográfico de la posición radicular es también de extraordinario valor e importancia, tanto como el estudio de la corona, pues la técnica quirúrgica a emplearse en cada caso particular, esta relacionada y en dependencia con la anatomía radicular, coronaria y ósea.

El hueso vecino, distal, mesial, oclusal y eventualmente lingual y bucal, debe ser investigado con prolija dedicación, por ser otro elemento útil en la aplicación quirúrgica de las técnicas; las radiografías lingual y oclusal proveen los detalles necesarios.

La película radiográfica, que se coloca sensiblemente paralela a la cara lingual del maxilar inferior, es impresionada por los rayos, los cuales, en su camino, encuentran el hueso y los elementos dentarios.

Suponiendo que el tercer, segundo y primer molar se hallen en correcta alineación, siguiendo una arcada dentaria normal, sin desviación en ningún sentido, la imagen radiográfica de estos dientes ubicará sobre la película a los órganos dentarios, con sus puntos de contacto correspondientes.

Suponiendo al tercer molar desviado hacia el lado bucal, superponiéndose una parte de la estructura de este diente sobre una porción de la corona del segundo molar, la imagen radiográfica que se obtenga mostrará esta superposición o cabalgamiento, la cual indica una desviación del tercero, estando el segundo normalmente colocado.

Lo mismo ocurre cuando el tercer y el primer molar están normalmente ubicados y el segundo está desviado hacia el lado

bucal o el lingual: la imagen radiográfica, en estas circunstancias, muestra una superposición del segundo sobre el tercero y primero.

El exámen clínico dilucidará este problema.

En una imagen radiográfica correcta no deben verse las -
caras triturantes de los molares.

Lo ideal es valerse de un tubo largo que permite obtener radiografías, en las cuales las cúspides bucales y linguales__ de los tres molares, suponiéndolos verticales, su superpongan sin imágenes de las caras triturantes.

La película radiográfica debe colocarse paralela al eje__ vertical del primer y segundo molar y el rayo central debe -- ubicarse a la altura de las coronas dentarias.

El concepto radiográfico de los términos cara mesial
accesible e inaccesible.

El estudio de la cara mesial del tercer molar inferior es de fundamental importancia para encarar su cirugía.

Radiográficamente, la cara mesial acceisble se traduce -
por un espacio radiolúcido, de distinta forma y tamaño, de --

acuerdo con la posición del tercer molar en el hueso.

Cara mesial inaccesible.

Radiográficamente, no existe el espacio interdentario lúcido que se encuentra en los molares con la cara mesial accesible. Se presenta un espacio de radiolucidez más reducida, ya que las tablas óseas bucal y lingual se superponen.

Desviaciones en las posiciones del tercer molar inferior. El concepto radiográfico de los términos: sin desviación, desviación bucal, desviación lingual y desviación bucolingual.

Estas distintas posiciones que puede adquirir el tercer molar inferior retenido se manifiestan radiográficamente por imágenes definidas. El conocimiento e interpretación del significado de éstas imágenes es fundamental en el estudio radiográfico y para su aplicación en el estudio quirúrgico.

La profundidad relativa del tercer molar inferior en el hueso.

Indican el nivel, altura o profundidad en que se encuentra el molar, con relación a planos: el plano oclusal y el cervical.

Este estudio de la profundidad relativa del tercer molar sólo tiene un interés quirúrgico.

ETIOLOGIA

Se denominan "dientes retenidos" (incluidos o impactados) a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción_ quedan encerrados dentro de los maxilares, mateniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención dentaria puede presentarse en dos formas: el diente está completamente rodeado por tejido óseo ó el diente_ está cubierto por la mucosa gingival.

Según la estadística de Berten-Cieszynski la frecuencia - que corresponde al tercer molar retenido es la siguiente: - - 35.0%.

El problema de la retención del tercer molar inferior, es de índole mecánico ante todo. Este que está destinado a hacer_ su normal erupción encuentra un obstáculo que impide la erupción normal.

Obstáculos mecánicos.- Que pueden interponerse a la erupción normal.

a) Falta material de espacio. El germen del tercer molar_ inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible y la_ rama ascendente del maxilar. Completada la calificación del - -

diente y en maxilares de dimensiones reducidos no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada.

b) Hueso con una condensación, tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción.

c) Posición viciosa del diente que choca con las raíces de los dientes vecinos.

d) Presencia de tumores odontogénicos que impiden la normal erupción.

Causas Generales

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción retenciones y ausencias de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio tienen influencia sobre la retención dentaria: raquitismo y las enfermedades propias del metabolismo del calcio.

La raza desempeña un papel preponderante en individuos de raza blanca existe falta de espacio mientras que en individuos de raza negra su gran mandíbula permite la cómoda erupción de todos sus molares y aún de un cuarto molar.

También se encuentra un ligero predominio del sexo en la producción de esta infección.

MUjeres 48.4%

Hombres 51.6%

Y la edad en que se presentan con mayor frecuencia es --
entre los 18 y 28 años.

CLASIFICACION DE LA POSICIONES DEL TERCER
MOLAR INFERIOR RETENIDO

1.- Tercer molar inferior retenido. Posición vertical. Sin desviación. Cara mesial accesible.

Se clasifica así al tercer molar colocada directamente detrás del segundo, sin desviaciones hacia el lado bucal o lingual y con su cara mesial libre de hueso mesial, situándose el extremo ó porción mesial del hueso bucal a la altura del cuello anatómico del molar. Clínicamente, este tipo puede presentarse cubierto parcial ó totalmente por la mucosa ó estar normalmente erupcionado. La cara oclusal del tercer molar se encuentra a nivel del plano oclusal de los vecinos o entre el plano oclusal y el cervical.

2.- Tercer molar inferior retenido. Posición vertical. Sin desviación. Cara mesial inaccesible.

Tiene las mismas características que el tipo anterior; la diferencia de él, la circunstancia de presentar la cara mesial inaccesible. El hueso mesial cubre su cara mesial y puede continuarse con el hueso oclusal que cubre parte ó la totalidad de la cara oclusal; el hueso bucal puede cubrir total o parcialmente la cara bucal y continuarse con el hueso oclusal. Las mismas consideraciones hay que hacer con respecto a la presentación del hueso distal y lingual. Por lo tanto generalmen-

te son terceros molares en retención intraósea total o parcial aunque algunas que tengan sus cúspides erupcionadas, pueden entrar en esta clasificación.

Clinicamente, los terceros molares de este tipo se presentan cubiertos totalmente por la mucosa; o parte de ellos puede asomar alguna cúspide, generalmente la mesiobucal. Considerando la profundidad relativa del molar en el hueso en este tipo de retención, la cara oclusal está situada por lo general entre las líneas oclusal y cervical o por debajo de la línea cervical.

3.- Tercer molar inferior retenido. Posición vertical. - Desviación bucal. Cara mesial accesible.

El tercer molar se presenta por detrás del segundo, pero su corona está dirigida hacia el lado bucal próximo por lo tanto al borde anterior del maxilar; su cara bucal se encuentra por fuera de la línea imaginaria trazada por la cara bucal del primer y segundo molar.

El hueso mesial deja libre la cara homonima llegando hasta su cuello; el espacio interdentario es el normal. En su extremo mesial, el hueso bucal deja libre la cara mesial, aunque su extremo distal, el hueso distal, el oclusal y el lingual puedan cubrir en parte las caras del mismo nombre del molar. -

El hueso bucal en esta posición es por lo general plano, en forma de meseta por el hecho de encontrarse el molar hacia el lado bucal. Esta planicie o meseta resultará en el acto quirúrgico el punto de apoyo para el instrumento destinado a la exodoncia.

El molar puede estar parcial o totalmente cubierto por la mucosa; por lo general una parte de sus caras oclusal, bucal, distal y lingual se halla cubierta, pudiendo estar erupcionadas las cúspides mesiales.

4.- Tercer molar inferior retenido. Posición vertical. - Desviación bucal. Cara mesial inaccesible.

Es una posición similar a la anterior, de la cual se diferencia por la falta de acceso a la cara mesial.

El hueso mesial cubre la cara mesial de la corona del --tercero, un distintas proporciones; el límites mesial del hueso bucal se comporta del mismo modo. El acceso a la cara mesial esta impedido por estas regiones óseas. Las distintas regiones óseas vecinas, cubren en parte o totalmente el molar retenido. Por lo general, clínicamente sólo presenta su cúspide mesiolingual erupcionada o todo el molar está cubierto por la mucosa.

5.- Tercer molar inferior retenido. Posición vertical. -
Desviación lingual. Cara mesial accesible.

En este tipo de retención vertical, la corona tiene su cara bucal por dentro (hacia el lado lingual) de la línea o plano imaginario que une las caras bucales del primer y segundo molar y la cara lingual por dentro (hacia el lado lingual) de la línea o plano que une las caras linguales de dichos dientes. El molar puede presentar sus ápices entre los planos bucal y lingual del primer y segundo molar o desviados hacia su lado bucal, pero, el molar en si está inclinado hacia la lengua siendo por lo tanto su cara oclusal. Francamente lingual; otra disposición de este tipo de posición vertical hace que todo el diente esta desviado hacia el lado de la lengua. Este tipo de posición puede denominarse tal hasta cierto límite porque cuando la corona esta completamente dirigida hacia la lengua y sus raíces hacia la tabla externa corresponde que se le clasifique como posición linguoangular.

El hueso mesial en la desviación lingual no cubre la cara mesial del diente; el extremo mesial del hueso bucal llega solamente hasta el cuello; sin embargo el molar puede estar cubierto en sus lados oclusal, distal, lingual, por cantidades variables de hueso.

Clinicamente el tercer molar presenta la cúspide bucomesial erupcionada o esta sólo la cúspide erupcionada cubierta por la mucosa; no es un tipo común de retención.

6.- Tercer molar inferior retenido. Posición vertical. -
Desviación lingual. Cara mesial inaccesible.

En este tipo de retención del tercer molar se presenta con las mismas características que el anterior, pero el detalle diferencial importante reside en que el hueso mesial cubre la cara mesial y el hueso bucal, la bucal pudiendo la osiestructura rebalsar los límites de estas caras y cubrir la oclusal. El hueso distal y el lingual pueden cubrir las caras homónimas y parte de la cara oclusal. No es un tipo común de retención cuando la desviación lingual está exagerada y la cara oclusal dirigida totalmente hacia la lengua, el molar se encuentra como un el tipo anterior en la posición lingoangular. Clinicamente estos casos no presentan visible ninguna cúspide.

7.- Tercer molar inferior retenido. Posición vertical. -
Desviación bucolingual. Cara mesial accesible.

El tercer molar en este tipo de retención se presenta en desviación bucal como en el tipo 3. Pero en la desviación bucolingual, la presentación del molar se encuadra dentro de

una nueva clasificación. La corona del tercer molar (su cara bucal) está por fuera (hacia el lado bucal) de la línea o -- plano trazados en la cara bucal del primer y segundo molar - su cara lingual, entre la línea bucal y la línea trazada en la cara lingual de los molares inferiores.

Como en este tipo de retención la cara oclusal está -- dirigida hacia adentro (hacia lingual) el eje mayor del tercer molar se presenta dirigido de arriba a abajo y de adentro a afuera.

Por lo general, la parte media del ángulo mesio-oclusal a causa de la disposición lingual del molar esta en contacto con el ángulo disto-bucal de la corona o raíz distal del segundo.

La profundidad relativa del tercer molar hace que su corona (la parte más alta) se encuentre colocada en la línea o plano oclusal del primero y segundo, entre la línea oclusal y cervical, nunca por debajo de la cervical.

Clinicamente estos terceros molares se presentan cubiertos totalmente por la mucosa o asoma la cúspide mesio-bucal.

8.- Tercer molar inferior retenido. Posición vertical DEsviación bucolingual. Cara mesial inaccesible.

En este tipo de retención el molar se presenta con las mismas características del tipo anterior del cual se diferencia por el acceso a la cara mesial. La posición, desviación, e inclinación lingual son semejantes a los del caso anterior pero el hueso mesial cubre la cara mesial y el extremo mesial del hueso bucal llega hasta el ángulo bucooclusal del molar retenido sus cúspides distales se presentan cubiertas por hueso, lo mismo que una porción variable de la cara oclusal.

Con respecto a la profundidad relativa del molar en el hueso estos molares inferiores retenidos presentan su cara oclusal (la porción más alta de la cara oclusal) siempre por debajo de la línea cervical.

9.- Tercer molar inferior retenido. Posición mesioangular. Sin desviación. Cara mesial accesible.

El tercer molar en posición mesioangular presenta su cara bucal en la misma línea que la imaginaria trazada sobre la cara bucal del primero y segundo y la cara lingual en las mismas condiciones respecto a la línea que une las caras linguales de los dos molares anteriores.

Lo corriente en este tipo de retención es que el hueso distal se detenga insensible a la altura del cuello de la cara distal del molar retenido.

Por otra parte este espacio interdentario es diagnoscable y visible radiográficamente pudiendo no serlo clínicamente en este tipo de retención.

Clinicamente estos molares se presentan con la cara oclusal en su corona al descubierto.

10.- Tercer molar inferior retenido. Posición mesioangular. Sin desviación. Cara mesial inaccesible.

En esta posición los molares tienen sus caras dentro de los límites de las del primer y segundo molar. La diferencia con el tipo anterior reside en que su cara mesial está cubierta por el hueso mesial pudiendo estar la cara oclusal cubierta total o parcialmente por hueso; el hueso bucal cubre o sobrepasa los límites de la cara bucal. El hueso distal cubre la cara distal en proporción variable. El molar puede estar en total retención intraósea. El espacio interdentario se halla ocupado por el tejido óseo mesial.

Clinicamente los molares en este tipo de retención prácticamente están cubiertos por la mucosa en algunos casos puede ser visible la cúspide bucodistal.

11.- Tercer molar inferior retenido. Posición mesioangular. Desviación bucal. Cara mesial accesible.

El tercer molar retenido en posición mesioangular en desviación bucal se presenta dispuesto como el anterior pero en este caso el molar está dirigido hacia el lado bucal próximo por lo tanto al borde anterior del maxilar. La línea o plano imaginario que une las caras bucales del primer y segundo molar inferior, pasa por sobre el tercio bucal de la corona del tercero.

En este tipo de retención, el hueso distal se comporta de distinta manera respecto a la cara distal del molar retenido. llega insensiblemente hasta su cuello o cubre la cara distal, continuandose en grado variable con el hueso oclusal que puede llegar a cubrir, en contados casos, parte de la cara homónima.

Clinicamente el molar se presenta por lo general con su cara oclusal al descubierto o la mucosa cubre el tercio distal de la cara oclusal.

12.- Tercer molar inferior retenido. Posición mesioangular. Desviación bucal. Cara mesial inaccesible.

En este tipo de retención el tercer molar puede presentar se totalmente cubierto por hueso. Con respecto a la profundidad relativa del molar en esta retención la cara oclusal (la parte más alta de esta) se encuentra por debajo de la línea oclusal de los molares vecinos, entre la línea oclusal y cer-

vical.

En las retenciones intraóseas incompletas, el hueso mesial cubre la cara mesial del molar y se continua con el hueso oclusal. El hueso bucal cubre la casi totalidad de la cara bucal - pudiendose continuar con el hueso oclusal. En este tipo de retención el ángulo bucooclusal del tercer molar está muy próximo al borde anterior del maxilar o por debajo de él. Por este motivo el hueso bucal espeso y de consistencia dura.

Clinicamente en estos molares retenidos la mucosa se extiende sobre ellos sin apreciable solución de continuidad; pueden presentarse en algunos casos, las cúspides distales al descubierto.

13.- Tercer molar inferior retenido. Posición mesioangular. Desviación lingual. Cara mesial accesible.

Esta condición se presenta cuando el tercer molar en posición mesioangular tiene su cara bucal por dentro (hacia el lado lingual) de la línea que une la cara del primero y segundo y -- su cara lingual por dentro (hacia el lado lingual) de la línea trazada en la cara lingual de los molares vecinos.

El hueso mesial deja libre la cara mesial, el extremo mesial del hueso bucal también deja al descubierto la cara distal

del molar. El hueso lingual es débil y delgado; puede rebasar el ángulo linguoclusal y continuarse con el hueso oclusal, -- que se ubica sobre una estrecha superficie de la cara oclusal del tercero. El hueso bucal es ancho pues la distancia entre el borde anterior del maxilar y el borde alveolar es considerable debido a la proyección hacia el lado lingual del tercer molar.

Clínicamente se presentan cubiertos totalmente por la -- mucosa raramente alguna cúspide la distobucal, o parte del -- ángulo bucooclusal pueden emerger en la cavidad bucal.

14.- Tercer molar inferior retenido. Posición mesioangular. Desviación lingual. Cara mesial inaccesible.

El tercer molar se presenta en las mismas condiciones -- que el tipo anterior.

La diferencia con el tipo anterior reside en que el hueso mesial cubre la cara mesial del tercero; lo mismo sucede -- con el hueso bucal que puede llegar hasta el ángulo bucooclusal o rebasarlo, continuandose con el hueso oclusal. Este hueso cubre en parte o totalmente la cara oclusal.

El hueso distal protege la totalidad de la cara distal --

del tercer molar retenido.

El hueso lingual es más constante y se halla en relación con la cara lingual, continuandose por lo general con un trozo anteroposterior que cubre el tercio interno o lingual de la cara oclusal del tercer molar; este hueso lingual y el oclusal son sólidos y resistentes.

Clínicamente estos molares están totalmente cubiertos por la mucosa.

15.- Tercer molar inferior retenido. Posición mesioangular.

Desviación bucolingual. Cara mesial accesible.

El tercer molar en este tipo de retención posee su primer detalle propio: la posición mesioangular. Como en la desviación bucal la corona del tercero (su cara bucal) está por fuera (hacia el lado bucal) de la línea trazada en la cara bucal del primer y segundo molar y su cara lingual se encuentra colocada entre las líneas bucal y lingual de los molares vecinos.

Las raíces del tercero están dirigidas hacia afuera (hacia el lado bucal) localizandose sus ápices por debajo y aún por fuera del borde anterior del maxilar. El hueso mesial en

este tipo de retención deja libre la cara mesial el extremo mesial del hueso bucal deja también libre la cara mesial y el ángulo mesiobucal de la corona del tercero; de estos dos últimos factores depende el acceso a la cara mesial.

Desde el punto de vista de la profundidad relativa del tercer molar en el hueso en este tipo de retención la corona se halla por encima del plano oclusal; algunas veces por debajo del oclusal; nunca por debajo del plano cervical.

Clinicamente estos molares se presentan tapizados totalmente por la mucosa ó la cúspide distobucal, la distolingual y la cara oclusal están al descubierto diagnosticándose en estas circunstancias la desviación bucolingual del molar por la dirección hacia el lado lingual de la cara oclusal del retenido.

16.- Tercer molar inferior retenido. Posición mesioangular. Desviación bucolingual. Cara mesial inaccesible.

El tercer molar en posición mesioangular con esta desviación y con la cara mesial no accesible es un tipo semejante al anterior, residiendo la diferencia en la profundidad relativa del molar en el hueso y el detalle de la cara mesial -- inaccesible.

Por su posición el tercer molar está ubicado con su corona por fuera de la línea o plano bucal del primer y segundo molar y su cara lingual entre esta línea y la línea o plano que une las caras linguales de los molares vecinos, la cara oclusal del tercero está dirigida hacia los lados mesial y lingual, lo cual significa que la mitad lingual del ángulo mesioclusal está en inmediata vecindad con la cara distal de la corona o raíz del segundo molar.

El punto medio del ángulo mesioclusal puede ponerse en fuerte contacto con distintas porciones del segundo molar.

Estos detalles dan un sólido anclaje al molar retenido. Las raíces del tercer molar se dirigen por debajo del borde anterior del maxilar hacia el lado bucal.

El hueso mesial protege totalmente la cara mesial del tercer molar y se continua con el hueso oclusal que puede cubrir el tercio mesial de la corona. El hueso bucal es angosto pues la distancia entre el borde anterior y el borde alveolar, a nivel del tercero es escasa.

El molar puede estar en total retención osea o sólo tener al descubierto la parte central de su corona existiendo en este caso, un opérculo que comunica la cavidad alveolar

con el exterior.

Clinicamente estos molares por su profundidad relativa en el hueso, estan enteramente cubiertos por la mucosa.

17.- Tercer molar inferior retenido. Posición horizontal. Sin desviación. Cara mesial accesible.

El tercer molar es este tipo de retención se presenta -- ubicado horizontalmente en el maxilar. Su eje mayor forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo recto abierto hacia abajo y atrás. El eje mayor del tercero corre por lo tanto paralelo a el eje central de la rama horizontal.

La cara bucal del molar retenido está en la misma línea - de la que une las caras bucales del primero y segundo y su cara lingual en idénticas condiciones con la línea o plano lingual.

Para tener su cara mesial accesible necesita que la profundidad relativa en el hueso en este tipo de terceros molares, sea total, que su cara mesial puede estar a nivel ó ligeramente por debajo del borde gingival; esta última contingencia es la más frecuente.

El hueso mesial deja libre la cara homónima del molar retenido o sólo la cubre en parte.

en esta posición no existe hueso oclusal o sólo una ligera franja.

Clinicamente estos molares presentan al descubierto gran parte de la corona, su cara oclusal gran parte de la distal y una parte de la bucal; generalmente la mucosa lingual llega hasta el ángulo distolingual de la corona. El espacio interdentario cubre el segundo y el tercero está libre de mucosa o una delgada franja corre del lado bucal al lingual cubriendo el tercio mesial de la cara oclusal del tercer molar.

18.- Tercer molar inferior retenido. Posición horizontal. Sin desviación. Cara mesial inaccesible.

En estas condiciones el tercer molar se presenta semejante al tipo anterior. Su eje mayor es perpendicular al eje mayor del segundo y es paralelo al eje de la rama horizontal.

La profundidad relativa es diferente. El molar presenta su cara distal algunas veces por encima del plano oclusal del primer y segundo molar, generalmente al mismo nivel o por debajo del planocclusal de los molares vecinos y en algunas oportunidades por debajo de la línea cervical del primero y segundo.

La cara mesial se situa siempre por debajo de la línea cervical. En algunos casos, esta cara se halla a nivel del ápice -

distal del segundo.

El molar puede presentarse en completa retención intra-ósea. En algunas ocasiones el tercer molar se halla muy profundamente ubicado con su cara mesial por debajo del nivel del ápice del segundo; en tales circunstancias la proximidad del molar con el conducto es escasa o el conducto corre por la cara bucal de la corona o raíces del molar retenido.

Clinicamente se presentan totalmente cubiertos por la mucosa; a veces en que su profundidad relativa es abundante, la cara distal está por encima del plano oclusal de los molares vecinos, puede mostrar erupcionada su cúspide distobucal ó el angulo distooclusal.

19.- Tercer molar inferior retenido. Posición horizontal. Desviación bucal. Cara mesial accesible.

Este tipo de retención presenta la misma angulación que el tipo anterior pero su corona está dirigida hacia el lado bucal; en estas circunstancias la cara bucal del tercer molar se encuentra por fuera del plano bucal del primer y segundo molar, y su cara lingual por fuera del plano de las caras linguales de los molares vecinos.

Su profundidad relativa en el hueso su cara distal está por encima del plano oclusal de los molares vecinos; su cara mesial se encuentra generalmente debajo de la línea cervical del primero y segundo.

El hueso mesial deja libre en cierta proporción la cara mesial; el extremo mesial del hueso bucal llega hasta la altura del borde alveolar; ambas circunstancias permiten el acceso a la cara mesial. En algunos casos puede haber una estrecha franja del hueso oclusal cubriendo el extremo lingual del ángulo mesioclusal o de la cúspide mesiolingual.

Clinicamente estos molares presentan parte de su cara distal y de la oclusal al descubierto.

20, - Tercer molar inferior retenido. Posición horizontal. Desviación bucal. Cara mesial inaccesible.

En estas condiciones el tercer molar se presenta en forma semejante al tipo anterior. La diferencia reside en la profundidad relativa del molar en el hueso, lo cual modifica el grado de extensión del hueso pericoronario.

La extensión y desarrollo del hueso pericoronario adquiere diversos aspectos. El hueso mesial cubre la totalidad de la cara mesial del tercer molar retenido; el hueso bucal lle-

na el espacio entre la cara mesial del tercero y la distal de de la corona del segundo.

El hueso distal llega por lo general hasta el cuello del tercero se extiende sobre la totalidad de su cara distal.

Esta es la presentación común en este tipo de retención; en las formas profundas el molar puede estar en total retención ósea, todas sus caras por lo tanto, están cubiertas por hueso.

Clinicamente los molares superficiales se presentan totalmente cubiertos por la mucosa o la cúspide distooclusal -- ó el ángulo distooclusal están al descubierto; en las formas profundas la mucosa no presenta ninguna solución de continuidad.

21.- Tercer molar inferior retenido. Posición horizontal. Desviación lingual. Cara mesial accesible.

La posición horizontal del tercer molar que se presenta con el eje mayor de este diente perpendicular al eje mayor -- del segundo. La desviación es lingual. El eje mayor del tercero esta dirigido en sentido lingual por lo tanto el molar -- tiene su cara oclusal dirigida hacia adentro, su ápice puede --

estar sobre la línea del arco dentario ó puede hallarse hacia el lado bucal.

La cara bucal del tercer molar está por dentro del plano bucal del primer y segundo molar; su cara lingual se halla -- por dentro del plano lingual de estos molares.

El hueso mesial cubre parcialmente la cara mesial; no -- hay hueso oclusal. El extremo mesial del hueso bucal deja al descubierto el espacio entre la cara oclusal del tercero y la cara distal del segundo.

El hueso distal llega hasta el cuello del molar retenido el hueso lingual es delgado o deja al descubierto una parte de la cara lingual del tercero.

Clínicamente se presentan con sus cúspides distobucales y parte de su cara oclusal al descubierto.

22.- Tercer molar inferior retenido. Posición horizontal
Desviación lingual. Cara mesial inaccesible.

Esta forma de presentación es consecuencia de la profundidad relativa del tercer molar en el hueso. La situación del molar en este tipo es semejante al anterior; su diferencia reside en al inaccesibilidad a la cara mesial.

El hueso mesial está colocado totalmente sobre la cara mesial, el extremo mesial del hueso bucal cubre el espacio entre la cara distal llega por lo general hasta el cuello del tercer molar y en retenciones profundas puede cubrir la totalidad de la cara distal.

La retención intraósea total es excepcional.

Clinicamente se presentan totalmente tapizados por la mucosa o una cúspide, la bucodistal puede estar al descubierto.

23.- Tercer molar inferior retenido. Posición horizontal. Desviación bucolingual. Cara mesial accesible.

Del mismo modo como se presenta el tercer molar retenido en posición horizontal y en desviación bucal, en esta forma en desviación bucolingual, el molar se encuentra dirigido hacia afuera, pero con detalles particulares y diferenciales con los otros tipos de retención.

La cara bucal del tercero está situada por fuera del plano de la cara bucal del primero y segundo su cara lingual está por fuera hacia el lado bucal del plano de la cara lingual de los molares vecinos.

La cara oclusal del tercer molar se halla dirigida hacia el lado lingual, en contacto esta cara con el ángulo distobucal del segundo; este contacto representa un sólido anclaje del tercer molar sobre todo cuando el centro o parte del ángulo mesioclusal se relacionan con el ángulo distobucal de la corona o raíz del segundo.

Los ápices del tercer molar están colocados a nivel del borde anterior de la rama ascendente del maxilar.

Este tipo de retención con la cara mesial accesible exige que la profundidad relativa del tercer molar; el hueso sea de tal forma que la cara distal del tercer molar esté ligeramente por encima o al mismo nivel del plano oclusal de los molares vecinos.

El hueso distal llega por lo general hasta el cuello del tercer molar; el hueso lingual acusa de la desviación bucal del molar, es generalmente espeso y consistente.

Clínicamente estos terceros molares presentan su cara distal y parte de la oclusal al descubierto.

24.- Tercer molar inferior retenido. Posición horizontal. Desviación bucolingual. Cara mesial inaccesible.

Este tipo de retención del tercer molar inferior retenido se presenta en condiciones semejantes al anterior; su diferencia radica en la dificultad de acceso a la cara mesial.

Desde el punto de vista de la profundidad relativa del molar en el hueso este tipo de retención está dispuesto de modo que la cara distal del tercero generalmente está por debajo del plano oclusal de los molares vecinos; la cara mesial se encuentra por debajo de la línea cervical del primer y segundo molar.

La profundidad de la cara mesial suele ser mayor llegando hasta el nivel del ápice distal del segundo molar, y descendiendo de este nivel varios milímetros en retenciones muy profundas. En tales casos el tercer molar adquiere estrechas relaciones con el conducto dentario.

La retención puede ser intraósea total o una parte de la corona estar libre de hueso. El hueso mesial cubre esta cara y puede continuarse con el oclusal, cuyas proporciones varían con la profundidad del molar. La porción ósea lingual es siempre espesa y maciza.

Clinicamente estos molares se presentan totalmente cubiertos por la mucosa; en los más superficiales puede aparecer la cúspide distobucal o el ángulo distobucal.

25.- Tercer molar inferior retenido. Posición distoangular. Sin desviación. Cara mesial accesible.

El tercer molar en posición distoangular se presenta como ya fué indicado, con su eje mayor formando, con el eje mayor del segundo molar, un ángulo abierto hacia atrás y arriba.

Por lo tanto, la corona está dirigida hacia la rama ascendente, el grado de angulación del eje es sumamente variable; puede presentarse en contacto con la raíz distal del segundo o puede existir un ancho espacio entre la cara mesial del tercero y la cara distal del segundo molar. La cantidad de hueso que cubre total o parcialmente las distintas caras del tercer molar es también variable dependiendo esta cantidad del grado de desviación distal del molar retenido.

Los terceros molares sin desviación presentan la cara bucal de la corona a nivel del plano trazado por las caras bucales del primer y segundo molar; la cara lingual, a nivel del plano lingual.

El espacio entre las coronas tiene la forma de U ó V, - siendo sus lados las respectivas caras dentarias y el borde superior del hueso mesial que se dispone como convexo y sólido, no están ausentes aunque no son frecuentes procesos patológicos a su nivel.

Clinicamente estos molares se encuentran cubiertos por la mucosa en la mitad distal de su corona y en las mitades distales de las caras bucales y linguales, la mitad anterior de la cara oclusal y la cara mesial están al descubierto.

26.- Tercer molar inferior retenido. Posición distoangular. Sin desviación. Cara mesial inaccesible.

Las condiciones en este tipo de retención se presentan semejantes al anterior, la diferencia reside en el acceso a la cara mesial. La profundidad relativa del molar en el hueso y la mayor inclinación son los detalles que varían en este tipo de retención.

La cara oclusal puede situarse a distinta altura con respecto a el plano oclusal de los molares vecinos. Estos molares están por lo general en retención intraósea total, cubiertos por lo tanto por hueso sus diferentes caras; la densidad, la disposición y espesor del hueso en las distintas caras es variable; puede el ángulo mesiooclusal quedar libre.

La proximidad del molar retenido con respecto al conducto dentario es también variable pero por lo general están en íntimo contacto o son muy vecinos.

Clinicamente estos molares se encuentran cubiertos; por la mucosa.

27.- Tercer molar inferior retenido. Posición distonagular. Desviación bucal. Cara mesial accesible.

Cuando el tercer molar se encuentra en posición distoangular pero en desviación bucal, hay una doble inclinación del eje mayor del molar.

Por su tipo de posición distoangular el eje mayor del retenido forma con el eje mayor del segundo, un angulo abierto hacia atrás y arriba. Pero el tercer molar puede desviar el mismo tiempo su eje mayor hacia afuera; se coloca en desviación bucal dirigiendo su corona y la cara oclusal de la misma hacia la rama ascendente. Esta desviación hacia el lado bucal presenta variaciones de acuerdo con la posición de los ápices del tercer molar.

El hueso mesial deja libre la totalidad de la cara mesial del tercero; el extremo mesial del hueso bucal también respeta la cara mesial; por otra parte a consecuencia de la ubicación bucal del retenido, el hueso bucal es siempre de exiguas proporciones; parte de la cara bucal u oclusal del tercer molar está cruzada por el borde anterior del maxilar.

El hueso distal cubre la totalidad o gran parte de la cara oclusal.

El hueso lingual es ancho y sólido, y termina a nivel de la cara mesial del molar retenido.

Clínicamente está todo el molar cubierto por la mucosa ó es visible una parte de la cara mesial y el ángulo mesio-oclusal.

28.- Tercer molar inferior retenido. Posición distoangular. Desviación bucal. Cara mesial inaccesible.

Esta disposición del tercer molar es semejante a el tipo anteriormente descrito. La diferencia reside en que la cara mesial del molar retenido está enteramente cubierto por el hueso mesial. Las demás regiones óseas pericoronarias cubren las distintas caras en grado variable. Por lo tanto, son molares en total retención intraósea.

Clínicamente estos molares se presentan totalmente cubiertos por la mucosa.

29.- Tercer molar inferior retenido. Posición distoangular. Desviación lingual. Cara mesial accesible.

El tercer molar en posición distoangular y en desviación lingual se presenta de manera que su cara bucal está por dentro del plano bucal del primer y segundo molar y su cara lingual puede encontrarse por dentro, por fuera o al mismo nivel del plano lingual; estas diferentes situaciones dependen del grado de desviación lingual del molar retenido. Presenta por lo tanto su eje mayor del segundo, un ángulo agudo abierto -- hacia arriba; pero el eje mayor del molar está desviado también hacia el lado lingual y la cara oclusal del tercero está dirigida hacia la lengua.

En este tipo de retención la cara mesial está libre de hueso. El hueso distal siempre protege la cara distal del tercero y se continúa con el hueso oclusal.

El hueso lingual es delgado y sobre porciones variables de la cara lingual.

Clinicamente estos molares se presentan cubiertos totalmente por la mucosa ó asoma un ligero segmento de la cúspide bucoclusal.

30.- Tercer molar inferior retenido. Posición distoangular. Desviación lingual. Cara mesial inaccesible.

La condición es la misma que en el caso anterior. Su profundidad relativa en el hueso debe ser mayor que en el caso -

anterior, este detalle depende de la extensión del hueso mesial cubre la cara mesial. Estos molares están totalmente cubiertos por hueso.

Clinicamente estos molares están completamente cubiertos por la mucosa.

31.- Tercer molar inferior retenido. Posición lingoangular. Cara mesial accesible ó inaccesible.

El tercer molar en posición lingual presenta su eje mayor desviado hacia la tabla interna del maxilar; su cara oclusal, por lo tanto, se dirige hacia el lado lingual, y sus raíces hacia la tabla externa.

La cara oclusal del tercer molar se encuentra generalmente por fuera del plano de las caras linguales del primer y -- segundo molar.

Aquellos que presentan su cara mesial accesible, esta cara y gran parte de la bucal se hallan libres.

Los que presentan su cara mesial accesible, no están dispuestos como los que presentan su cara mesial inaccesible, de tal modo, en lo que respecta a la profundidad relativo del molar en el hueso, que su cara bucal ó mesial, está situada por debajo del plano oclusal de los molares vecinos o por debajo -

de la línea o plano cervical.

Clínicamente estos molares están totalmente cubierto por la mucosa.

32.- Tercer molar inferior retenido. Posición bucoangular. Cara mesial accesible o inaccesible.

El tercer molar retenido en posición bucoangular constituye un tipo excepcional de presentación de los molares retenidos.

El molar está situado horizontalmente con su cara oclusal.

Dirigida hacia afuera. El grado de inclinación bucal es variable. Los que presentan su cara mesial accesible tienen esta cara libre de hueso. El hueso bucal cubre parcial o totalmente la cara oclusal.

Los molares que presentan su cara mesial inaccesible son aquellos cuya profundidad en el hueso es mayor, y su cara mesial y las demás caras dentarias están cubiertas por hueso. Son molares en retención intraósea total.

Clínicamente estos molares se presentan totalmente cu-.-

biertos por la mucosa.

33.- Tercer molar inferior retenido. Posición paranormal (invertida, ectópica, heterotópica).

El tercer molar puede adquirir posiciones que no se encuadran en la clasificación que antecede. Este tipo de retención fuera de lo normal puede colocarse bajo el título de paranormal.

34.- Tercer molar inferior retenido. Ausencia de dientes vecinos.

El tercer molar inferior en cualesquiera de las porciones estudiadas, puede presentarse aislado en ausencia de dientes vecinos. Esta puede referirse al segundo molar inferior o a todos los dientes de la arcada. El proceso adquiere en estos últimos una modalidad particular pues constituyen casi siempre un accidente protético.

Como en las distintas posiciones estudiadas el tercer molar puede tener su cara mesial accesible o puede tratarse de una retención intraósea.

Clinicamente puede presentarse con alguna porción del -

diente al descubierto o puede estar totalmente cubierto por la mucosa.

USO DE LA ANESTESIA LOCAL O REGIONAL

Puede usarse para procedimientos quirúrgicos, para alivio del dolor agudo o crónico y con fines terapéuticos o diagnósticos.

VENTAJAS

La posibilidad de tomar insensible una parte específica del cuerpo sin afectar al cerebro tiene muchas ventajas a saber:

1.- La posibilidad de que el paciente permanezca consciente durante la operación. De este modo, el individuo conserva los reflejos de su vía aérea y es poco probable que ocurra aspiración del contenido gástrico.

2.- Una recuperación tranquila.

3.- Analgesia posquirúrgica.

4.- Reducción de estrés quirúrgico.

5.- Reducida permanencia del paciente ambulatorio en el consultorio.

6.- Reducción de los costos.

DESVENTAJAS

- 1.- El paciente puede preferir estar dormido.
- 2.- Para obtener buenos resultados es necesario cierto grado de práctica y pericia.
- 3.- Para que algunos bloqueos alcancen el máximo grado de efectividad es necesario esperar hasta 30 minutos o más.
- 4.- La analgesia puede a veces, no ser totalmente efectiva.
- 5.- Si por error el analgésico local se inyecta en el sistema venoso o en una dosis excesiva puede aparecer un cuadro de intoxicación generalizada.
- 6.- Existe una incidencia baja, pero definida, de daño prolongado de estructuras nerviosas.

Bloqueo del Nervio Maxilar Inferior

Si bien lo más común es bloquear las ramas terminales del nervio maxilar inferior, también pueden bloquearse su porción principal al salir por el agujero oval.

De este modo se anestesia el maxilar inferior y la piel y tejidos de la parte inferior de la cara; el procedimiento puede emplearse como adyuvante de la anestesia general en operaciones mayores del maxilar inferior.

ANATOMIA

El nervio maxilar inferior es la rama más grande del nervio trigémino. Es sensitivo y motor.

Los nervios sensitivos inervan la piel sobre el maxilar inferior la parte posterior de la corona y la región temporal, la mucosa del labio inferior y el piso de la boca, la dentadura inferior y la encía correspondiente. Las ramas motoras inervan los músculos de la masticación.

La gran raíz sensitiva sale del cráneo a través del agujero oval donde se une con la raíz motora. Después de dar una rama meníngea y el nervio para el músculo pterigoideo interno, el nervio maxilar inferior se divide en un tronco anterior y otro posterior.

Las fibras sensitivas del tronco anterior transcurren en el nervio bucal que se distribuye con ramas del nervio facial. Inerva la piel y la mucosa a ambos lados del músculo

buccinador así como la parte posterior de la cara bucal de la encía inferior. Las fibras motoras inervan los músculos mase-
tero y temporal.

El tronco posterior se divide en tres ramas, los nervios auriculotemporal, lingual y alveolar inferior.

El nervio auriculotemporal inerva la piel sobre la re-
gión temporal la piel por delante del pabellón de la oreja -
(incluyendo el trago) y el conducto auditivo externo(incluyen-
do la membrana timpánica).

El nervio lingual inerva la mucosa del piso de la boca
y los dos tercios; anteriores de la lengua, además de la ca-
ra lingual de la encía inferior.

El nervio alveolar inferior entra en el agujero maxilar
inferior y corre en el canal mandibular inervando la dentadu-
ra inferior.

A nivel del agujero mentoniano emite una rama lateral, -
el nervio mentoniano que inerva la piel sobre la parte ante-
rior de la mandibula y el labio inferior (tanto mucosa como -
piel).

POSICION DEL PACIENTE

Descúbito dorsal con la cabeza en posición neutra con la boca cerrada'

REPAROS ANTONICOS

- 1.- El arco cigomático
- 2.- El cóndilo del maxilar inferior
- 3.- La apófisis coronoides del maxilar inferior

Los puntos 2 y 3 se identifican abriendo y cerrando la boca.

INSERCIÓN DE LA AGUJA

Se hace un habón de 0.5 cm. por debajo del arco cigomático a mitad de distancia entre la apófisis coronoides y el condilo mandibular.

La aguja se inserta en ángulo recto con la piel hasta que contacte con la placa pterigoidea a una profundidad de 3-4 cm. se retira unos milímetros y se cambia su dirección 20° hacia atrás hasta que aparezcan parestesias.

FARMACOS Y DOSIS

Lidocaina al 2%, bupivacaína al 0.5% ó equivalente 5 ml.

Bloqueo del Nervio Alveolar Inferior

Se usa comunmente en Odontología y con frecuencia se denomina bloqueo del maxilar inferior.

También es de utilidad en la cirugía de la cavidad bucal suplementando analgesia posquirúrgica.

ANATOMIA

El nervio alveolar inferior entra en el agujero maxilar inferior y corre en el canal innervando la dentadura inferior.

POSICION DEL PACIENTE

Sentado o decúbito dorsal, con boca abierta al máximo.

REPAROS ANATOMICOS

1.- Los molares

2.- El borde anterior de la rama del maxilar inferior.

INSERCIÓN DE LA AGUJA

Con el dedo índice de la mano no dominante sobre la rama del maxilar inferior, se inserta la aguja a 1 cm. por arriba de la superficie oclusal del molar.

La jeringa se dirige desde el premolar del otro lado de modo de contactar la cara interna de la rama maxilar.

Después de la inserción inicial, el paciente debe cerrar la boca un poco de modo de relajar al músculo pterigoideo.

Manteniendo la jeringa paralela a la dentadura se avanza la aguja 1,5-2 cm, de modo que la punta permanezca en contacto con el hueso.

En la parte media de la rama maxilar se encontrará resistencia. Se retira la aguja 1-2 mm y se efectuará la inyección.

FARMACOS Y DOSIS

Lidocaína al 2% con adrenalina 1:80000 ó prilocaína al 3% con felipresina (octapressin) 0.03 UI/ml. 1.5-2 ml.

Esto habitualmente se administra con una jeringa odontológica con cartucho.

Bloqueo del Nervio Lingual

Por lo general se hace juntamente con el bloqueo del nervio alveolar inferior. Después de bloquear este nervio se retira la aguja 5 mm y se inyecta 0.5 ml. adicionales de anestésico local.

De este modo se anestesia el piso de la boca, los dos tercios anteriores de la lengua y la cara lingual de las encías inferiores.

Premedicación y Preparación del Paciente

Esta es útil cuando se extraen dientes impactados bajo anestesia local. Por vía bucal, la dosis para un paciente externo es de 0.1 g. de pentobarbital sódico. Sin embargo pueden administrarse por vía intravenosa de 1 a 2 ml de esta sustancia. El paciente permanece ambulante pero se requiere de alguien que lo lleva a casa.

La música, el ambiente apacible y la conversación interesante del operador, ayudan a establecer una atmósfera favorable. Muchos pacientes y operadores prefieren la anestesia general.

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

LIENZOS DE CAMPO

Lienzos de campo estériles proporcionan un campo estéril y también cubren los ojos, reduciendo así el tratamiento psicológico con traumatismo. Se coloca un lienzo estéril bajo la cabeza del paciente se lleva hacia adelante sobre nariz y ojos y se fija con pinzas estériles para lienzo de campo.

Las porciones expuestas de cara o mentón se lavan con solución antiséptica.

Se coloca un lienzo estéril sobre el pecho del paciente.

POSICIÓN DEL SILLÓN

La posición del sillón deberá ser lo suficientemente bajo como para que el codo derecho del operador se encuentre en dirección opuesta al hombro derecho del paciente.

COMPRESAS

Se coloca una cortina de compresas para aislar el campo quirúrgico si se usa técnica de cincel. Se coloca una compresa de gasa de 7.5 x 7.5 cm con un ángulo cerca de los incisivos inferiores y otro bajo la lengua en el lado de la operación.

La compresa evita que pase saliva al campo, así como fragmentos y sangre a la garganta, y elimina la pérdida de tiempo asociada a la expectoración. Cambiar la compresa, cuando se humedezca, elimina la expectoración y se ahorra tiempo.

SEPARADORES

El ayudante deberá estar entrenado para sostener el separador en la mano izquierda pueden emplearse compresas y mazo. Se usa aspirador pero sólo si se cuenta con otro ayudante.

INSTRUMENTAL

Existe una enorme cantidad de instrumentos para odontectomía. Cada cirujano debe elegir los que mejor se prestan para la técnica que utiliza y aprender a trabajar con destreza y eficacia con ellos. Aunque no se puede hacer una buena cirugía sin instrumentos apropiados las dificultades comunes suelen deberse a fallas técnicas y no al instrumental incorrecto y el problema se suele resolver modificando el método y no cambiando de instrumentos.

El conjunto básico de instrumentos para extraer dientes retenidos comprende instrumentos para evitar una mala cirugía, los instrumentos deben ser para cortar hueso y dientes, elevadores y pinzas y también instrumentos para incidir y eliminar tejido blando y para desbridar y suturar la herida. A esto pueden agregarse otros instrumentos que el cirujano prefiera por razones especiales o se pueden hacer sustituciones de acuerdo con las variantes individuales en la técnica.

Instrumental para extraer dientes retenidos:

- Mordillo
- Jeringa y cartuchos con anestésico
- Espejo
- Pinza digital para tejidos
- Pinza digital para algodón

- Escalpelo
- Legras
- Pinzas mandibulares
- Elevadores rectos
- Elevadores apicales
- Elevadores de Cryer
- Elevadores de miller
- Elevadores de Potts
- Martillo
- Escoplos de bisel simple y doble
- jeringa y recipiente para irrigación
- Pico aspirador
- Material de sutura
- Tijeras
- Portaagujas
- Separador
- Pinzas hemostáticas
- Pinzas de Allis
- Curetas
- Lima par ahueso
- Cizallas

Procedimientos Quirúrgicos

Para extraer terceros molares se utilizan dos métodos. - En uno se asciende el hueso para poder extraer el diente completo y en el otro se secciona el diente completo y por partes se extrae (odontotomía). En muchos casos se requiere la combianción de ambos procedimientos.

La odontotomía debe tener ciertos principios:

- La operación debe hacerse bajo visión directa.
- No se debe sacrificar una técnica cuidadosa para abreviar tiempo.
- La operación debe proyectarse de manera que para desalojar el diente haya que hacer la menor palanca posible y el segundo molar y sus elementos periodontales deben quedar intactos.

He aquí las ventajas de la técnica de la división del diente (Pell y Gregory 1942).

- 1.- No se elimina hueso o se elimina muy poco, de modo que hay menos dolor y tumefacción en el posoperatorio.

2.- Es menos probable que se lesione el diente adyacente porque no se intenta forzar el diente retenido más allá de la convexidad del segundo molar.

3.- Hay mucho menos peligro de que se lesione el nervio alveolar inferior.

Un diente que pertenezca a cualquier clase básica se extrae más fácilmente si se extrae desplazando a posición bucal y será más difícil de extraer si está situado cerca de la placa lingual o incluso directamente detrás del segundo molar.

Un diente en nivel oclusal alto será más fácil de extraer. Un diente puede no poder brotar por la presencia de hueso; por presencia de un diente adyacente o por ambas.

Odontectomía para terceros molares inferiores retenidos verticalmente

Muchas veces el tercer molar retenido verticalmente está debajo de la rama ascendente que cubre la parte distal de la superficie oclusal hasta una distancia variable. Para liberar la corona y poder extraer el diente sin resistencia, hay que eliminar el hueso más distal que el diente.

La dirección de la luxación depende de la curvatura de las raíces.

La incisión se lleva a lo largo de la cresta alveolar hasta la cara distal del segundo molar y después se le continúa en la hendidura gingival hasta la cara mesial del primer molar, cortando horizontalmente a través de la papila o bien oblicuamente dentro del vestíbulo.

Si se ha producido una perforación gingival por una cúspide erupcionada, se interrumpe la incisión por la presencia de esta abertura, pero su recorrido no se altera.

La incisión debe penetrar en todo el mucoperiostio.

El colgajo se refleja respecto al hueso con una legra empezando adelante, en la hendidura gingival y avanzando hacia

atrás.

En las impactaciones profundas todo el diente puede estar cubierto por hueso.

En muchos casos se debe eliminar considerablemente material óseo para descubrir las superficies oclusal y vestibular.

Una vez eliminado el hueso vestibular y oclusal, se debe hacer una minuciosa inspección para establecer la cantidad de hueso que incide sobre la superficie distal del diente.

Si las raíces del diente son rectas se le puede elevar verticalmente y por lo tanto, basta crear un espacio un poco más amplio que el perímetro de la corona.

Pero si las raíces presentan una incurvación distal hay que eliminar un área considerable de hueso en la rama detrás del diente para poder inclinar la corona o se debe eliminar la parte distal de la corona para crear suficiente espacio para rotar el diente.

Cuando la curvatura de las raíces es mesial, lo cual -- escíndase la parte mesial de la corona para poder aplicar un

elevador entre la superficie distal y el hueso alveolar e inclinar así el diente hacia adelante.

No se debe tratar de luxar el diente hasta haber preparado debidamente la apertura en el hueso para hacer el procedimiento y haber dividido el diente necesario.

El método de la palanca interdental para hacer la luxación se puede emplear si el diente se afina hacia la raíz, si existe espacio entre el cuello, del diente y el segundo molar o si el diente presenta una ligera inclinación mesial.

El diente se luxa con un elevador recto insertado debajo de la saliencia de la corona y se le retira de su cavidad.

La luxación mediante palanca vestibular se debe hacer si el diente está demasiado cerca del segundo molar o si se halla demasiado separado de él. En estos casos la fuerza luxante se aplica haciendo en él un orificio de un tamaño y forma que permita calzar el elevador en la superficie vestibular del diente, justo sobre la bifurcación de las raíces. La punta de la palanca se introduce en el orificio y apoya en la corteza externa de la apófisis alveolar, que sirve de fulcro para elevar el diente.

Fijese que el colgajo lingual no obstruya la extracción del diente. Esto tiende a suceder si el diente tiene cierta inclinación lingual.

Esta dificultad se evita insertando un separador o una legra entre el mucoperiostio lingual y la corona del diente.

**Odontectomía para terceros molares inferiores
con impactación mesioangular**

Este tipo puede estar trabado o no debajo de la corona del segundo molar.

La incisión consiste en un colgajo envolvente para los dientes en posición alta y un colgajo angulado para los que están en posición baja.

Una vez reflejado el colgado sobre el lado vestibular se retira hueso hasta exponer las superficies distal, oclusal y vestibular del diente.

El nivel oclusal alto ó bajo del diente no tiene importancia en este tipo de retención salvo en la medida en que afecte la cantidad de hueso que se puede cortar para tener acceso a la corona.

Si las raíces del diente no están fusioandas y si este se halla muy cerca del segundo molar, por lo general se lo hiende su eje mayor con un escoplo de doble bisel insertado en el surco vestibular, ejerciendo la fuerza lo más paralelamente al eje mayor.

De este modo se fractura la fina lámina lingual.

El diente también se puede dividir de manera similar - cortando un profundo surco vestibular hasta la bifurcación insertando un elevador en el surco / torciendo el instrumento.

La mitad distal del diente se retira entonces con un elevador colocado entre las partes divididas tomando como fulcro la lámina vestibular. De esta manera se crea suficiente espacio para elevar la mitad remanente.

Cuando las raíces están fusionadas no se puede hacer la sección longitudinal.

En este caso se divide el diente horizontalmente a nivel de la unión cemento-adamantina con fresa.

El corte se puede hacer por completo a través del dien

te ó el surco se puede prolongar hasta la mitad del recorrido para desprender la corona insertando el elevador y rotándola. Luego se saca la corona introduciendo un elevador recto debajo de la cara mesial.

Para luxar las raíces hacia el espacio creado mediante la eliminación de la corona, se coloca entre ellas un elevador apical.

A veces la extracción de la raíz se facilita perforando la cara vestibular de la porción remanente del diente para tener un agarre más seguro para el elevador.

Odontectomía para terceros molares inferiores retenidos horizontalmente

La mayoría de los terceros molares que están en posición horizontal deben seccionarse.

Aunque están en una posición oclusal alta, su extracción se facilita mucho si se los biseca en el cuello justo debajo del esmalte o en el sitio donde el esmalte es muy fino.

Cuando están en posición baja, siempre hay que dividir el diente.

La incisión se hace de la manera usual salvo en los dientes enclavados profundamente.

En tales situaciones la prolongación oblicua del extremo anterior de la incisión dentro del vestibulo ofrece un acceso más satisfactorio y evita que la encía se desgare.

Luego el diente se secciona horizontalmente desde un abordaje superior o vestibular.

Una vez seccionado el diente, se retira la corona con un elevador.

Es posible que se puedan desprender las raíces con el elevador apical insertado en la cara vestibular o en un pequeño orificio perforado en la porción remanente del diente pero si las raíces son firmes o muy curvas, pueden ser que haya que dividir las con una fresa y retirar cada una por separado.

Pueden fresarse orificios para facilitar la extracción cuando existen curvaturas inusuales o las raíces se hallan sujetas con firmeza en el hueso.

Odontectomía para terceros molares inferiores
con impactación distoangular

Esta posición suele hacer que el tercer molar quede muy -
abajo de la rama ascendente.

Por está razón y por la frecuente curvatura distal de las
raíces no se puede hacer en la rama una excavación lo suficien-
tamente grande como para rotar el diente.

La incisión es la misma que para otras retenciones y se -
retira suficiente hueso sobre las superficies oclusal y vesti-
bular como para exponer la mayor parte de la corona.

Luego se retira la corona mediante una odontotomía hori--
zontal y las raíces se luxan haciendo palanca en dirección ---
vertical en la superficie mesial y en la vestibular del dien-
te.

Este procedimiento no difiere mayormente del que se hace_
para el diente retenido horizontalmente.

Odontectomía para terceros molares inferiores
con impactación vestibuloangular
y linguangular

Estas impactaciones no son comunes.

Ambos tipos de dientes se extraen mejor después de haber sido divididos en la unión de las raíces con la corona.

La corona se extrae con facilidad de los dientes con impactación vestibuloangular, pero en los que tienen impactación lingoangular es importante separar la mucosa lingual.

Las raíces se retiran de la misma manera que en otros tipos de dientes retenidos.

Odontectomía para terceros molares inferiores
en posición paranormal (invertida)

Los terceros molares que están en posición paranormal son difíciles de extraer si no se hace una odontectomía.

En los casos en que se debe seccionar la pieza dentaria el procedimiento no difiere del que se describió para las impactaciones horizontales profundas, pero en ocasiones las

raíces se retiran primero exponiéndolas más extensamente.

Una vez extraídas las raíces hay más espacio para sacar la corona.

Quando se forma un quiste alveolar de la corona, el - -
diente se puede extraer entero.

Reconocimientos en el preoperatorio de factores
que complican el procedimiento quirúrgico

He aquí los siguientes factores importantes que se deben llevar a cabo y tomar en cuenta al planificar correctamente la operación:

1.- Estado de erupción del diente. Con un exámen clínico se determinará si el diente ha erupcionado en parte. Si no ha erupcionado puede ser que la corona sólo este cubierta por -- tejido blando ó que se halle en situación más profunda de modo que se encuentre en retención ósea parcial ó total.

2.- Clasificar la posición del diente según corresponda.

3.- Determinese la distancia entre la rama ascendente y la superficie distal del segundo molar para saber su accesibilidad.

4.- Estudiese el aspecto de las raíces; su cantidad, si son rectas o si están curvadas en dirección distal o mesial, si están separadas o fusionadas y si están hipercementosadas.

5.- Determinese la relación con el segundo molar para establecer si el diente esta trabado debajo de la corona del -

segundo molar.

6.- Cosidérese el estado del diente.

7.- Los tejidos pericoronales pueden estar inflamados o infectados y esto puede requerir una preparación especial -- antes de la operación.

8.- El hueso que está a lo largo de la superficie mesial del diente puede presentar infección o haber sido destruido por la periodontitis y requerir la extracción del segundo molar.

9.- El segundo molar puede estar cariado, haberse resorbido o contener una restauración grande, lo cual torna riesgoso el uso de un elevador entre ambos dientes.

10.- Nótese el tamaño del espacio folicular; cuanto más estrecho es este espacio más difícil será el procedimiento. Puede haberse formado un quiste.

11.- El ancho del ligamento periodontal es importante -- para asegurarnos de que no presente anquilosis.

12.- Obsérvase en la radiografía el hueso puede conte--

ner esclerosis, lo cual dificulta la extracción del diente.

13.- Identifíquese la presencia de quistes y ver que_
dientes involucra.

14.- En estos dientes puede haber tumores benignos o -
malignos.

15.- verifíquese si hay enfermedades esqueléticas.

Reconociendo estas diversas complicaciones probables -
y evaluandolas, se obtiene una base que contribuye a deci--
dir la conducta operatoria.

Tratamiento Posoperatorio

Los cuidados posoperatorios correctos tras la operación de terceros molares retenidos, son esenciales para obtener un resultado final satisfactorio.

Después de la extracción de dientes retenidos los pacientes deben limitar su actividad por lo menos por el resto de ese día. Si desean acostarse, deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas porque el decúbito dorsal aumenta la presión hidrostática y puede ocasionar sangrado. Aunque los pacientes no puedan consumir una dieta normal por uno o dos días, se les debe decir que beban mucho líquido como leche, jugos, té y hasta agua; la dieta normal debe reanudarse lo antes posible porque facilita la curación de la herida.

Aunque se indica a los pacientes que beban líquidos no deben hacerse buches hasta 8 ó 12 horas después de la extracción, pero después deben enjuagarse la boca por lo menos de 4 a 6 veces diarias en particular después de las comidas y cepillarse los dientes como de costumbre. El mejor colutorio es una solución salina tibia.

No es frecuente que haya una ligera rehemorragia de sangre hasta varias horas después de la operación. Por lo gene-

ral esto se puede controlar indicando al paciente que muerda con firmeza por unos 30 minutos un rollo de gasa estéril colocada sobre la herida y se aplique una bolsa de hielo en ese lado de la cara.

El dolor consecutivo a la extracción de dientes retenidos es más intenso en las primeras 4 u 8 horas.

Una vez que se ha terminado la operación, indíquese a los pacientes que no esperen hasta que el dolor se toma insostenible para iniciar la medicación analgésica porque entonces va a ser más difícil paliarlo. En cambio deben empezar a tomar el analgésico 1 ó 2 horas después de la operación y repetirlo a intervalos específicos para que no empiece o para mantener reducido a un mínimo el malestar.

Para contribuir a limitar la severidad de la tumefacción y también disminuir el dolor, aplíquese en forma intermitente bolsas de hielo en la cara (30 minutos sí y 30 minutos no) durante las primeras 24 o 48 horas. Si después de esto hay tumefacción, aplíquese compresas calientes de la misma manera hasta que se resuelva.

De este modo también se contribuye a reducir toda discromía de la piel debida al sangrado en los tejidos.

Sweet y Butler (1979) demostraron que el fumar acrementa la incidencia de osteitis alveolar y recomienda no hacerlo hasta 5 días después de la operación.

El cirujano tiene la responsabilidad de impartir al paciente intrucciones verbales y escritas para los cuidados domiciliarios y el paciente debe seguirlos para reducir a un mínimo o evitar las complicaciones posoperatorias.

Complicaciones Posoperatorias

Después de la odontectomía cabe anticipar cierto grado de tumefacción y dolor.

Las complicaciones más graves en cambio, son hemorragias secundarias, infección de la herida y de los espacios aponeuróticos circundantes y osteitis alveolar. También pueden ocurrir granulomas piógenos posextracción y trismo.

Complicaciones Operatorias

Durante la odontectomía pueden ocurrir varios accidentes como hemorragia excesiva, división o comprensión del nervio alveolar inferior, lesión del nervio lingual inferior, fractura de una raíz, lesión de su diene adyacente, rotura de un instrumento desplazamiento del tercer dentro de los espacios texturales adyacentes o en el seno maxilar y fractura de la apófisis alveolar, la tuberosidad o la mandíbula.

HEMORRAGIA

La lesión accidental de la arteria alveolar inferior es la causa más común de hemorragia masiva. Si ya se ha extraído el diente taponando lacavidad con material absorbible (esponja de gelatina, celulosa oxidada) y suturando el colgajo sobre ella, por lo general se cohibe el sangrado pero si la hemorragia se produce al extraer una punta radicular, por lo general se obtiene la hemostasia rellenando con una gasa la cavidad alveolar y preisonando con firmeza unos 5 a 10 minutos para continuar después la operación. En caso de que la hemorragia se reanude puede ser que haya que hacer como si hubiese extraído el diente; después se puede tratar de extraer la punta de la raíz al cabo de 1 a 2 semanas.

LESION DEL NERVI0 ALVEOLAR INFERIOR

En la mayoría de los casos el nervio alveolar inferior se lesiona por instrumentación o elevación intempestiva, aunque a veces no se puede evitar este accidente a causa de la posición del diente.

Toda fuerza capaz de aplastar las paredes óseas del conducto mandibular habrá de comprimir al nervio. Si esta lesión accidental se nota en el momento de la operación, se debe examinar la profundidad de la cavidad y eliminarse cuidadosamente todas las espículas óseas que podrían preisonar sobre el nervio.

Si el nervio se ha desgarrado ó hay que seccionarlo, hágase todo lo posible por volver a colocarlo en el conducto mandibular para poder hacer la íntima aproximación de sus cabos.

Se puede realizar reanastomosis o injerto microquirúrgico para tratar los casos de anestesia del nervio alveolar inferior.

LESION DEL NERVI0 LINGUAL

El nervio lingual puede lesionarse cuando se fractura la

corteza lingual de la mandíbula o cuando el nervio es seccionado accidentalmente con una fresa o escoplo durante la odontectomía.

Si la situación se reconoce en el momento de la operación se pueden reaproximar y suturar los cabos del nervio.

FRACTURA DE UNA RAIZ

Si la punta de una raíz se halla en íntimo contacto con el conducto mandibular o con el seno maxilar, se plantea la cuestión de si vale la pena arriesgar que se lesione el nervio o la arteria alveolar inferior o se desplace la punta de la raíz dentro del seno maxilar al intentar su extracción.

En algunos casos se dejan ápices de 3 a 5 mm sin que ocurriesen complicaciones en los casos en que los dientes eran vitales, pero en general es mejor eliminar todas las raíces, en particular si hay infección.

LESION DEL SEGUNDO MOLAR

El segundo molar se puede lesionar cuando un tercer molar está en íntimo contacto con él.

La instrumentación inapropiada también puede traumatizar la cresta alveolar y el ligamento periodontal del segundo molar.

También pueden dañarse las restauraciones del segundo molar. Si la corona del segundo molar está cariada protegerse la restauración hasta después de haber extraído el tercer molar.

ROTURA DE INSTRUMENTOS

A veces los instrumentos se rompen por una falla en el metal pero con mayor frecuencia porque se ejerce demasiada fuerza al manipularlos. En ocasiones las fresas se rompen al dividir un diente o cortar hueso. El fragmento se puede extraer perforando un surco a su alrededor para poder tomarlo mejor con una pequeña pinza hemostática.

DESPLAZAMIENTO DE UN TERCER MOLAR INFERIOR

El desplazamiento de estos dientes muchas veces ocurre por una fuerza mal orientada para seccionar el diente y se fractura la lámina lingual. El diente se desalojará hacia el espacio submandibular o pterigomandibular. La extracción se hace de manera similar que para una raíz desplazada. Si hay dificultad para tomar el diente, puede ser que haya que pos-

tergar la extracción varias semanas hasta que se encapsule un poco.

FRACTURA DE LA APOFISIS ALVEOLAR

La fractura de la lámina lingual de la mandíbula puede producirse al forzar el diente en esa dirección con el elevador o al dar un golpe mal orientado con el escoplo durante la odontotomía. Si el trazo se desprende por completo de la encía se le debe eliminar de lo contrario, se lo puede inmovilizar suturando los bordes de la herida y después se habrá de unir.

FRACTURA DE LA MANDIBULA

Es un accidente lamentable, por fortuna ocurre raras veces. Puede deberse al uso imprudente de elevadores o escoplos, pero la mayoría de las veces ocurre por excesiva fragilidad del maxilar inferior, avanzada edad del paciente y en especial anquilosis del diente en el hueso.

Cuando se produce la fractura, inmovilícese la mandíbula con una fijación maxilomandibular, sea con barreras arqueadas o con asas luy. Si los fragmentos tienden a desplazarse con facilidad puede ser que se requiera una reducción abierta intraoral para estabilizarlos.

RUPTURA DE LA ARTERIA FACIAL

Accidente no muy frecuente pero aparatoso por el gran sangrado ocasionado por el calibre del vaso.

Como esta irriga carrillos y parte de mucosa se lesiona por mal manejo de los instrumentos en el momento de la intervención.

El tratamiento a seguir en caso de que ocurra el accidente, colocar unas pinzas hemostáticas antes de la ruptura y suturar la ruptura de la arteria.

CONCLUSIONES

Es de tomarse en cuenta los problemas de inclusiones dentarias sobre todo del tercer molar inferior, por su alta frecuencia y por que en ocasiones existe sintomatología dolorosa.

El tercer molar inferior es una pieza que puede tener diversas posiciones dentro del hueso, por lo cual, debemos conocerlas y contar con una buena historia clínica, un buen estudio radiográfico y un muy buen diagnóstico para poder establecer un plan de tratamiento adecuado, para lograr una mejor y más rápida recuperación del paciente, evitando posibles efectos secundarios no deseados.

El Cirujano Dentista debe estar capacitado para aplicar las medidas preventivas y curativas necesarias en cada caso en particular, sin que sea necesario en ocasiones la ayuda de un especialista.

También es necesario conocer los límites a los cuales el Cirujano Dentista debe atenerse para evitar un posible problema que no podamos resolver y remitirlo al especialista.

BIBLIOGRAFIA

GUILLERMO A. RIES CENTENO
EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO
ED. EL ATENEO, 1960

GUSTAV O. KRUGER
CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL
ED. MEDICA PANAMERICANA, 1986

DANIEL M. LASKIN
CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL
ED. MEDICA PANAMERICANA, 1987

L. TESTUT A LATERJET
ANATOMIA HUMANA, TOMO I
ED. SALVAT, 1990

DR. EDMUNDO BATRES LEDON
PROCEDIMIENTOS EN CIRUGIA BUCAL
ED. C.E.S.C.S. 1980

D BUCE SCOTT

TECNICAS DE ANESTESIA REGIONAL
ED. PANAMERICANA, 1989.