

117
24



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EXTRACCION QUIRURGICA DE

CANINOS RETENIDOS.

A large, stylized handwritten signature in black ink, overlapping the text 'TESIS' and 'el Título'.

T E S I S A

Para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

GLORIA GALARZA RAMOS



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

9 9 0



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.

I N D I C E

EXTRACCION QUIRURGICA DE CANINOS RETENIDOS

1. DEFINICION DE DIENTES RETENIDOS
2. PATOGENIA
 - a) Razones embriológicas
 - b) Obstáculos mecánicos
 - c) Causas generales
3. ACCIDENTES ORIGINADOS POR DIENTES RETENIDOS
 - a) Accidentes mecánicos
 - b) Accidentes infecciosos
 - c) Accidentes nerviosos

TRATAMIENTO DE LOS CANINOS RETENIDOS SUPERIORES

1. INDICACION DE LA EXTRACCION DE ESTOS DIENTES
2. CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS
3. ESTUDIO RADIOGRAFICO Y CLINICO
 - a) Estudio radiográfico
 - b) Ubicación del diente en plano anteroposterior
 - c) Delimitación del canino en plano horizontal
 - d) Palpación

EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS POR VIA PALATINA

1. ANESTESIA
2. OPERACION
 - a) Incisión

- b) Desprendimiento de colgajo
- c) Osteotomía y Osteotomía
- d) Extracción propiamente dicha
- e) Tratamiento de la cavidad ósea
- f) Sutura

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR VIA VESTIBULAR

- 1. ANESTESIA
- 2. OPERACION
 - a) Incisión
 - b) Desprendimiento de colgajo
 - c) Osteotomía y Osteotomía
 - d) Extracción propiamente dicha
 - e) Tratamiento de la cavidad ósea
 - f) Sutura

EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS EN MAXILARES DENTADOS

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS

- 1. CLASIFICACION DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS
- 2. EXAMEN CLINICO Y RADIOGRAFICO

EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES POR VESTIBULAR

- 1. ANESTESIA
- 2. OPERACION

- a) Incisión
- b) Desprendimiento de colgajos
- c) Osteotomía y Osteotomía
- d) Extracción propiamente dicha
- e) Sutura

EXTRACCION DE CANINOS LINGUALES INFERIORES

- 1. ANESTESIA
- 2. OPERACION
 - a) Incisión
 - b) Desprendimiento de colgajo
 - c) Osteotomía y Osteotomía
 - d) Extracción propiamente dicha
 - e) Sutura

EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS INFERIORES EN DESDENTADOS

I N T R O D U C C I O N

En alguna ocasión la mayoría de los dentistas se consideran obligados a extraer un diente retenido. En tales casos es sumamente importante la evaluación preoperatoria del paciente y del diente a extraer nunca olvidemos revisar y recordar la anatomía de la región. El dentista debe pla—near la operación antes de iniciarla. Será necesario una correcta retracción del colgajo para conseguir una buena visibilidad y evitar que los tejidos blandos se lesionen, con los elevadores y las fresas. El operador nunca debe hacer más fuerza con el elevador de la que le permita el pulgar y los dos primeros dedos y siempre manejar todo el instrumental con sumo cuidado.

Considerando lo anterior, en esta elaboración de tra—bajo voy a desarrollar las técnicas para extracciones de caninos retenidos, esperando ser lo más clara y entendi—ble.

EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS .

1. DEFINICION

Los caninos retenidos como cualquier otro diente de la misma condición son aquellos que una vez llegada su erupción normal se quedan encerrados dentro de los maxilares, con o sin la integridad de su saco pericoronario. Esta retención puede presentarse rodeada de tejido óseo o cubierto por la mucosa gingival. Salvo raras excepciones deberán ser extraídos, por ejemplo:

- a) Pacientes cuya salud general se presenta tan mala que el procedimiento quirúrgico no sea aconsejable.
- b) Paciente cuya edad, un diente asintomático no requiera el procedimiento quirúrgico, por ser innecesario y poco prudente.
- c) En el caso de personas jóvenes que requieran extracciones totales debido a caries avanzada o enfermedades periodontales y existan los terceros molares que no hayan hecho erupción, se puede aconsejar dejar estos dientes retenidos con el fin de proteger la zona retromolar y tuberosidad del maxilar con la finalidad de usarla como apoyo prostético durante el tiempo que se lleven prótesis totales.

Los dientes retenidos en estos casos serán extraídos cuando hicieran erupción e interfieran con la prótesis.

2. PATOGENIA

El problema de la retención dentaria es frecuentemente de índole mecánica. El diente que está destinado a hacer erupción y aparecer en la arcada dentaria encuentra en su camino un obstáculo que va a impedir la realización del trabajo normal al que está encomendado.

Las razones por las cuales un diente no hace erupción son:

Razones embriológicas. La ubicación de un germen dentario en un sitio muy alejado del normal.

El germen dentario puede hallarse en su sitio pero debido a su angulación que al calcificarse el diente y empezar la erupción la corona toma contacto con el diente vecino, ya sea que éste se encuentre retenido o erupcionado, aun cuando sus raíces estén bien constituidas pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

Obstáculos mecánicos. Son aquellos que se interponen a la erupción normal como:

- a) Falta de espacio en el caso del canino superior, este diente tiene su germen situado en lo más elevado de la fosa canina por lo que cuando se completa la calcificación del diente y existen maxilares de reducidas dimensiones, no tiene lugar para ocupar su sitio normal en la arcada debido a que se lo impiden el incisivo lateral y el premolar que ya han hecho erupción.
- b) Debido al hueso con una condensación máxima que no puede ser vencido en el trabajo de la erupción.
- c) El de un órgano dentario - dientes vecinos que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas, por lo que constituyen un obstáculo mecánico a la erupción del permanente.
- d) Razones de origen patológico como dientes supernumerarios, tumores odontogénicos (odontomas).
- e) Causas generales - debido a todas las enfermedades en relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria como retenciones y ausencia de dientes.

Las enfermedades como el raquitismo que es una enfermedad que está ligada al metabolismo del calcio tiene influencia sobre la retención dentaria.

En el caso del canino retenido se menciona que la causa más frecuente es el desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de las arcadas dentarias. Esto se manifiesta cuando por hábito adquirido o contracciones espasmódicas que se hacen en movimientos mímicos o tics se produce un exceso de presión externa que al terminar el día no ha sido igual a la presión interna como la de la lengua y se llegará a alterar el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal.

ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

Tanto los caninos como cualquier diente retenido produce trastornos de diversa índole en ocasiones estos trastornos no producen ninguna molestia y pasan inadvertidos.

Los accidentes pueden ser:

Mecánicos. Porque actúan mecánicamente sobre los dientes vecinos afectando su colocación normal en el maxilar y su integridad anatómica.

- a) En el caso del trastorno sobre la colocación normal el diente retenido durante el intento de erupción, produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos, estos trastornos pueden ser a distancia, por ejemplo, el que produce el 3er molar sobre el canino e incisivo ya que los desvía de su posición normal y produce conglomerados antiestéticos.
- b) Trastornos que afectan la integridad anatómica del diente. Este trastorno es debido a la constante presión que el diente retenido o el saco dentario ejerce sobre el diente vecino ocasionando alteración en el cemento, en la dentina y también en la pulpa de los dientes vecinos.

- c) Trastornos protéticos. Son aquellos en los cuales los pacientes portadores de aparatos de prótesis se dan cuenta que éstos empiezan a bascular y no tienen la comodidad anterior cuando se realiza el estudio clínico se descubre una protuberancia y para mayor seguridad se toma una radiografía para aclarar el diagnóstico de un diente retenido, este trastorno se debió a que el diente en su trabajo de erupción cambió la arquitectura del maxilar ocasionando diversas molestias.

ACCIDENTES INFECCIOSOS

Los dientes retenidos ocasionan estos accidentes por la infección de su saco pericoronario, esta infección puede originarse por diferentes mecanismos o distintas vías.

- a) Cuando el diente retenido efectúa su erupción, su saco se abre y se pone en contacto con el medio bucal.
- b) La infección del saco puede originarse por la vía hemática.

La infección del saco folicular es ocasionado por procesos de distinta índole, tales como: inflamación local, acompañado con dolores, aumento de temperatura local, absceso y fistula, osteitis, osteomielitis, adenoflemones.

Estos procesos pueden actuar como infección focal por lo que producen trastornos sobre los órganos vecinos (el seno del maxilar y las fosas nasales).

ACCIDENTES NERVIOSOS

Los accidentes nerviosos por causa de dientes retenidos son muy frecuentes.

Debido a que cuando un diente retenido ejerce presión sobre los dientes vecinos su nervio o sobretronco mayores pudiera

ser que origine algias intensas de diferente tipo y duración.

Accidentes tumorales. Todo diente retenido es un quiste dentígero en potencia, pudiera ser que los dientes retenidos dieran origen a un tumor maligno.

TRATAMIENTO DE LOS CANINOS RETENIDOS

Cuando mediante un minucioso estudio se ha llegado a la conclusión que este o estos caninos retenidos tienen que ser extraídos se hará el tratamiento de la siguiente manera:

La extracción del canino retenido se hará de manera mecánica e instrumental para poder eliminarlo del interior del hueso donde está ubicado. La técnica a seguir será la extracción a colgajo y la de odontosección, sin embargo tal o tales técnicas se aplicarán según el criterio del operador.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

La retención de estos caninos pueden presentarse de dos maneras:

- I. De acuerdo con la ubicación de éste con el hueso, puede ser intraósea cuando está completamente por hueso cubierto.
- II. Retención subgingival. Cuando parte de la corona ha salido del tejido óseo pero está cubierto por fibromucosa. A su vez estos dientes pueden ser clasificados en:
 - A) Según el número de dientes retenidos. Pudieran ser:
 - a) Simples
 - b) Dobles
 - B) Según la posición que estos dientes presentan en el maxilar pudieran encontrarse:
 - a) Caninos retenidos del lado palatino.

- b) Caninos retenidos del lado vestibular.
 - c) Caninos en maxilares dentados o desdentados.
- (Fig. 1A-B)

ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO DE CANINOS RETENIDOS

Inspección. Al observar la ausencia del canino permanente en la arcada y la presencia del canino temporal, sospecharemos de probable retención. En el caso de una retención palatina o vestibular, en la inspección visual puede descubrirse una elevación en el paladar o vestíbulo. Por lo tanto la altura y forma de la bóveda palatina nos dará indicación de la probable ubicación del diente retenido. Debemos tener cuidado de no confundir el relieve que origina el canino con el que pueda producir la raíz del incisivo lateral o del premolar.

Palpación. El dedo índice que investiga confirma la existencia de dicha elevación.

Examen radiográfico. Para realizar el problema quirúrgico no es suficiente una radiografía introbucaal sin reglas radiográficas precisas.

Es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio, es indispensable ver la cúspide y el ápice además debemos conocer las relaciones de vecindad de las porciones y también las de todo el diente con los órganos vecinos tales como senos y fosas nasales. La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo, es decir su densidad, presencia del saco pericoronario, procesos óseos pericoronarios.

Antes de iniciar nuestro problema quirúrgico verificaremos la clase a la que pertenece el canino retenido si su posición es vestibular o palatina, la distancia que existe en los dientes vecinos, número de caninos retenidos. Así tendremos una buena decisión para elegir la vía de acceso, incisión, etc. Pa

ra iniciar la vía de acceso, primero se necesita conocer la posición palatina o vestibular, por lo regular el 85% de los caninos retenidos son palatinos, la mayoría de éstos se identifican por el relieve ya descrito.

El método que aunque no siempre es preciso es la radiografía oclusal, con el rayo central paralelo al eje de los incisivos.

Lo exacto hasta que aparezca otro procedimiento es el método de las tres películas (A,M,P), es decir, anterior, media y posterior, estudiado para la ubicación del diente en el plano anteroposterior, esto se logrará con varias formas radiográficas.

La toma anterior (A). Se coloca la película (periapical) en el lado palatino, haciendo coincidir la línea media de la placa con el espacio interincisivo. El rayo debe ser normal a la placa.

La toma media (A). Se coloca la película (periapical) orientada verticalmente haciendo coincidir su borde anterior con el espacio interincisivo. Rayo normal a la película.

La toma posterior (P). Se coloca la película haciendo coincidir el borde anterior con la cara distal del incisivo lateral, rayo normal a la película.

En las 3 tomas el borde inferior de la película ha de estar horizontalmente colocada en una misma distancia con el borde incisal de los dientes vecinos.

La radiografía (s) debe mostrar con nitidez:

1. La forma de la corona.
2. La existencia y dimensiones del saco pericoronario.
3. La distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos central y laterales y la distancia con el conducto palatino anterior.

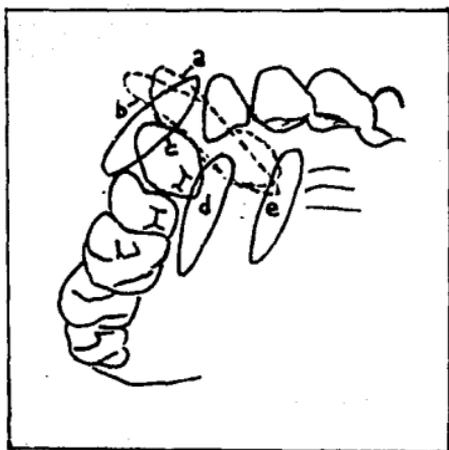


Fig. 1A. Distintos tipos de retenciones que pueden presentar los caninos superiores a) vestibulopalatina, b) palatovestibular, c) vestibular, d) palatina cerca de la arcada y e) lejos de la arcada.

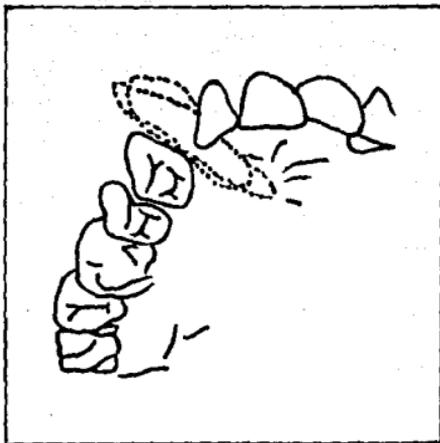


Fig. 1B. Esquema de los tipos de retenciones de los caninos superiores en relación con la arcada dentaria. Retención palatovestibular y vestibulopalatina. Denominada retención mixta.

Recordemos que el obstáculo para la extracción del canino retenido está en su corona y no en su porción radicular.

En cuanto al ápice del canino retenido generalmente presenta una pronunciada dilaceración.

Es importante tener presente antes de la operación, la dilaceración y la ubicación exacta del extremo radicular, así como haber investigado minuciosamente su colocación a nivel o por encima de los ápices de los dientes vecinos todo esto se hará con un buen estudio radiográfico que no siempre es fácil debido a la gran cantidad de tramas óseas que se interponen al paso de los rayos y llegan a oscurecer el diagnóstico del ápice del canino.

Según Gietz menciona que cuando los caninos presentan su extremo radicular muy grueso se sospechará de una dilaceración radicular, que normalmente se presenta en todos los caninos retenidos.

Sin embargo, otra opinión es la de Mayrhofer él opina que la precisión de la imagen apical nos dará fundamentos sobre la altura a que se encuentra ésta porción del diente.

DELIMITACION DEL CANINO EN PLANO HORIZONTAL. Tanto Gietz como Cravioto, sugieren la siguiente técnica para localizar el canino retenido en el plano horizontal:

- a) Radiografía oclusal con rayo central en la línea media e incidencia perpendicular a la placa. Hay que tener presente que con esta sola radiografía no se obtiene la precisa ubicación del canino debido a que los rayos secundarios dan una imagen del diente que no es la correcta.
- b) Una radiografía también oclusal con rayo central perpendicular a la placa y pasando por los premolares así se evitará el problema anterior.

DELIMITACION DEL CANINO EN EL PLANO VERTICAL. De igual manera la opinión de Gietz y Cravioto, indican la colocación de una placa ya sean oclusales o una película común para radiografías extrabucales, ésta se colocará atravezando el maxilar en sentido horizontal con incidencia perpendicular a la placa.

Concluyendo todos estos exámenes para la ubicación del canino, su posición y su relación con dientes y cavidades vecinas. Ahora se plantea el tratamiento quirúrgico y la vía de acceso a elegirse según lo requiera el caso.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR VIA PALATINA

En primer lugar para efectuar nuestra cirugía aplicaremos nuestra anestesia, que como en toda intervención quirúrgica es fundamental máxime en el caso de los dientes retenidos por ser una operación de larga duración. En el caso de que nuestra extracción sea unilateral, la anestesia será infraorbitaria, anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior del lado a operarse.

En el caso de ser bilateral la cirugía, la anestesia será infraorbitaria en ambos lados y de igual manera, anestesia infiltrativa local en palatino a nivel del agujero palatino anterior y ambos agujeros palatinos posteriores.

O P E R A C I O N

Recordemos que para toda intervención quirúrgica bucal seguiremos 5 pasos a saber:

- 1) Incisión y colgajo.
- 2) Osteotomía y Ostectomía.
- 3) Operación propiamente dicha.
- 4) Tratamiento de la cavidad ósea.
- 5) Sutura.

1) INCISION Y COLGAJO

Para extraer un canino retenido en el lado palatino es necesario desprender parte de la fibromucosa dejando al descubierto el hueso. Debemos preparar un colgajo que permita un amplio descubrimiento del lugar donde está retenido el diente. Por lo tanto este colgajo se conseguirá haciendo una incisión en la bóveda palatina del 2º premolar a 2º premolar para la suficiente visión, no es recomendable hacer pequeñas incisiones en la bóveda porque son insuficientes y antiquirúrgica.

La extensión del colgajo debe estar dado por la posición del canino retenido.

La forma ideal para éste tipo de retención es la de desprender el telón palatino y ésto se realiza de la siguiente manera:

Se usa bisturí de hoja corta (No. 15) el cual se insinua entre los dientes y la encía, dirigiéndolo en sentido perpendicular a la bóveda, llegando hasta el hueso. El desprendimiento se inicia en la cara distal del segundo premolar, siguiendo hasta el lado opuesto llegando a la cara distal del 2º premolar.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. Se realiza con un instrumento romo como el periostótomo, este instrumento se insinua entre la arcada dentaria y la fileromucosa palatina y por pequeños movimientos sin desgarrar la encía. Se procede a desprender la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso de la bóveda palatina.

Este colgajo debe ser mantenido inmóvil durante el curso de la operación. Se debe cohibir la hemorragia posible con gasas de preferencia con adrenalina para proseguir después al siguiente paso.

2) LA OSTEOTOMIA Y LA OSTEECTOMIA

Para eliminar el hueso que cubre el canino retenedor, puede el cirujano valerse de la fresa quirúrgica que es la más recomendable. Con lo que respecta a la cantidad de hueso que hay que eliminar se debe tomar en cuenta que hay que eliminar el grado que debe quedar bien descubierta la corona retenida y parte de la raíz. La osteotomía debe descubrir toda la corona al nivel de la cúspide del diente retenido y en anchura al mayor diámetro de la corona para que facilite su eliminación de la cavidad ósea sin ocasionar traumatismo.

El uso de la fresa se puede usar la No. 8 que es redonda con motor de alta velocidad ya que nos dará resultados precisos, este instrumento elimina hueso y limpia rápidamente sin tener tanta molestia el paciente operado. Uno de los inconvenientes de las fresas sería el recalentamiento de éstas, por eso es aconsejable cambiarlas frecuentemente, también debido al que la fresa al embotarse con los restos óseos y la sangre, bruñen el hueso y lo calientan. Es útil irrigar el hueso con suero fisiológico tibio esterilizado.

Con la fresa No. 8 (redonda) ya ubicada con precisión la corona del diente retenido se practican orificios circundando, la corona y el primer tercio radicular; la fresa debe llegar a tocar la corona del canino, el operador se dará cuenta al percibir la sensación particular de la dureza del esmalte, se procede a unir los orificios con una fresa de fisura (No. 568) o en su defecto con un escoplo de manera cuidadosa, es también recomendable usar una legra. El uso del escoplo puede ser recto, angulado o de media caña, cuando existe retenciones pequeñas este escoplo se usa con presión manual.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Esta parte de la extracción exige criterio, habilidad y fuerza, debido a que podemos traumatizar o luxar los dientes vecinos o fracturar las paredes alveolares..

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro que es el diente de un elemento duro que es el hueso. Por lo tanto esta maniobra solo puede hacerse con palancas que apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido elevan el diente de tal manera hay que facilitar por algún medio la eliminación de este cuerpo inextensible dentro de otro cuerpo considerado inextensible.

Se puede resolver por dos procedimientos:

El primer método exige sacrificio del tejido óseo vecino.

El segundo método es sencillo, rápido y elegante y consiste en la odontosección es decir se corta el diente según se crea conveniente y se extraen sus partes por separado y a expensas de los espacios creados por las partes desalojadas se completa la extracción de los trazos que quedan.

Existen casos en que el diente retenido está dirigido en un sentido próximo al vertical en el cual el método de sección no es aplicable. En este caso se crea un espacio con fresa alrededor de la corona del canino y siempre que la cúspide no se encuentre fuertemente encerrada por los dientes vecinos, puede ser extraída con un elevador recto, también puede eliminarse con una pinza para premolares superiores ejerciendo sus movimientos de rotación y tracción en dirección del eje del diente, esto se realizaría en los casos accesibles, una de las dificultades para este método sería la dilaceración radicular en este caso debemos ser muy cuidadosos.

Por otra parte la odontosección puede hacerse por medio de 2 instrumentos: fresa y escoplo.

Con la fresa la maniobra es sencilla se necesita una perfecta visión del diente y su fácil acceso, la ostectomía ya lo habrá logrado, el diente debe ser cortado con fresa de figura No. 702 ó 560 dirigida perpendicularmente al eje del diente a nivel del cuello. Seccionado el diente se introduce un

elevador recto en el espacio creado por la fresa se hará un movimiento de rotación con el cual se logrará separar la raíz y corona.

Extracción de las partes seccionadas. Primeramente la extracción de la corona se logra introduciendo un elevador angular de hoja delgada entre la cara del diente que mira hacia la línea media y la estructura ósea. Con un movimiento de palanca y un punto de apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento se desciende la corona, si no se lograra se puede deber a la insuficiente ostectomía, por escasa amplitud de la ventana ósea, menor que el mayor ancho de la corona o cúspide del canino introducido profundamente en el hueso o en el contacto con los dientes vecinos.

Extracción de la raíz. Una vez eliminada la corona tendremos un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina,

Congswell aconseja que se use una fresa # 8 (redonda) y se proceda hacer un orificio en la raíz en el cual se colocará un elevador delgado llevando la raíz hacia adelante.

Tratamiento de la cavidad ósea. Una vez extraído el canino debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o diente que se encuentren ahí y eliminar el saco pericoronario que se extirpará con una cucharilla filosa, si llegaran a existir bordes óseos agudos y prominentes deberán alisarse con una fresa redonda.

Sutura. El colgajo se vuelve a su sitio readaptándolo perfectamente procurando que las lengüetas interdientarias ocupen su normal ubicación con puntos de sutura en los espacios interdientarios.

Terminada la operación se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina comprimiéndola y manteniéndola adosada la fibromucosa.

En el caso de la retención bilateral se recomienda el mé todo anterior, lógicamente con la eliminación de ambos caninos en la misma operación.

EXTRACCION DE CANINOS POR LA VIA VESTIBULAR

Esta extracción es más sencilla que la palatina sobre todo cuando tiene suficiente espacio, a veces dado por un diá-stema o por dientes ausentes.

La extracción por vía vestibular de la corona de los que están muy próximos a la línea media, es muy difícil por esta vía por lo que se recomienda que cuando se haya iniciado la intervención por vía vestibular y no se ha podido luxar la co rona, puede completarse la intervención por la vía palatina, esto se hará con la misma técnica que la de los caninos por vía palatina.

Anestesia. Esta será infraorbitaria y anestesia en el paladar al nivel del agujero palatino anterior.

Incisión. Se puede emplear la incisión en arco (Partch) o la incisión hasta el borde libre (Newman), estas incisiones se harán alejadas de la implatación del diente.

El desprendimiento del colgajo se hará de igual manera de tipos de colgajo, este colgajo siempre estará levantado todo el tiempo de la operación.

La ostectomía se realizará con fresa, debido a que la ta bla externa no es de mucha dureza y solidez, la ostectomía será mas fácil.

La odontosección se realiza con fresa de fisura se cor ta rá a nivel del cuello.

La corona. Se eliminará con un elevador recto angular o bi-angular, la raíz se moviliza en dirección de su eje mayor con elevadores o en su defecto se hace un orificio en la raíz y

en el se introduce un instrumento delgado con el cual se desplazará.

El tratamiento de la cavidad ósea será de igual manera que se hizo en los caninos retenidos en palatino.

Sutura. Se harán dos o tres puntos de sutura en el colgajo ya colocado en su sitio.

La extracción simultánea de los dientes retenidos bilaterales en la arcada. Si se presentara el caso de extraer dientes vecinos y el canino retenido se hará siempre y cuando el diente retenido se halla relativamente cerca de la tabla ósea de la bóveda y el canino sea seccionado en las veces que necesite para disminuir los riesgos de la operación.

LA EXTRACCION DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS

Normalmente la vía indicada para estos caninos retenidos se hará por vía vestibular ya que la ausencia de dientes facilita la extracción con excepción de los caninos retenidos colocados muy profundamente, lejos de la tabla externa y próxima a la bóveda palatina entonces se hará por vía palatina.

Recordando que para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada, deben preverse los riesgos de la fractura de la tabla vestibular, debido a que acarreará trastornos posteriores.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS

Para nuestro conocimiento es de buen informe el saber que los caninos inferiores retenidos existen en un número mucho menor que los superiores.

SECRET
DE LA
DIRECCION

Clasificación de los caninos inferiores retenidos. De igual manera que los superiores están clasificados de la siguiente manera:

Clase I. Maxilar dentado, retención unilateral, diente ubicado en el lado lingual, pueden estar en:

- a) posición vertical
- b) posición horizontal.

Clase II. Maxilar dentado, retención unilateral, diente ubicado del lado bucal:

- a) posición vertical
- b) posición horizontal.

Clase III. Maxilar dentado, retención bilateral:

- a) dientes ubicados del lado lingual con posición horizontal o vertical.
- b) dientes ubicados en el lado bucal con posición vertical u horizontal.

Clase IV. Maxilar desdentado, retención unilateral con posición:

- a) horizontal
- b) vertical.

Clase V. Maxilar desdentado, retención bilateral con:

- a) posición horizontal
- b) posición vertical.

EXAMEN CLINICO Y RADIOGRAFICO

Se tomarán como en los caninos retenidos superiores, radiografías locales y radiografía oclusal, con el rayo central dirigido paralelamente al eje de los dientes vecinos. También practicaremos la inspección clínica y la palpación para decidir si el diente retenido tiene una posición vestibular o lingual. Encontraremos que un gran número de caninos inferiores

retenidos son portadores de quistes dentígeros.

EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES VESTIBULARES

Anestesia. Se aplicará para este caso anestesia regional.

Operación. Se practicará de igual forma que los caninos superiores.

Incisión. Será en arco, sin llegar al borde gingival.
(Fig. 2).

Puede prepararse un colgajo a expensas del borde libre, trazando una inscisión vertical y dependiendo la encía de los cuellos dentarios, de esta manera corren menor riesgo de ser traumatizada durante la cirugía y además adaptando muy bien el colgajo no queda huella (Fig. 3).

EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS LINGUALES

Esta posición es relativamente rara y la intervención puede hacerse vía vestibular, siempre y cuando exista espacio entre los dientes vecinos.

La extracción por vía lingual es muy laboriosa por la dificultad de acceso a la ubicación del diente y la mala iluminación y visibilidad. Debido a ésto es preferible el riesgo de sacrificar un diente y elegir la vía vestibular.

El método de la odontosección disminuye los riesgos de lesiones sobre los dientes vecinos y el efectuar presión o fuerza excesiva que puede comprometer la integridad del maxilar inferior.

Existen caninos retenidos inferiores con una presentación vestibulolinguales, en éstos la raíz o parte de ella se encuentra en el lado vestibular y la corona en el lado lingual. En estos casos se debe practicar la alveolectomía vestibular, la

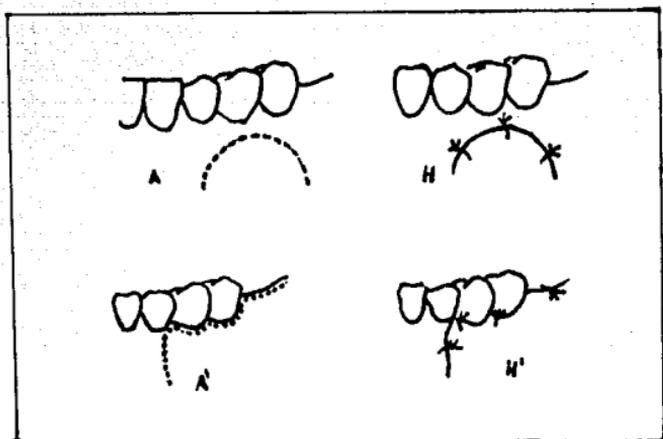


Fig. 2 y 3. Extracción por vía vestibular de canino inferior.
 A. Incisión en Arco de Partsch. A' Incisión a
 expensas del borde libre que es la que preferimos.
 H. Sutura cuando se practica la incisión en arco;
 H' sutura de la incisión del borde libre.

sección del canino al nivel de su cuello y hacer la eliminación tanto de la raíz y la corona se hará por la vía en donde estén ubicados a saber la corona por el lado lingual y la raíz por el vestibular.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES EN DESDENTADOS

La vía de acceso es siempre la vestibular. La incisión angular será la indicada; el tramo horizontal de dicha incisión llega hasta la proximidad del borde libre y el vertical se traza en ángulo recto con el primero.

Se puede hacer la incisión de Neumann también será de gran utilidad y eficaz por el colgajo que nos proporciona.

La operación será como la ya mencionada en los anteriores casos.

Cuidados Postoperatorios. Una vez concluida nuestra cirugía en cualquiera de los casos se han de dar al paciente las instrucciones relativas a posibles problemas de dolor, se le indicará al paciente se aplique una bolsa con hielo sobre la región facial tres veces al día. No es recomendable la aplicación de calor durante el periodo postoperatorio porque podría estimular el edema.

También se le recetará un antiinflamatorio, un antibiótico y un analgésico, se citará al paciente a los 8 días en caso de no presentar ninguna alteración severa, esta cita será para retirar los puntos y se dará de alta al paciente.

CONCLUSION

Como hemos podido notar es de gran importancia la cirugía de los dientes retenidos para la salud del paciente, porque estas piezas dentarias pueden ocasionar caída de pelo, hemorragia, por lo tanto el efectuar una cirugía correcta resolverá grandes problemas.

B I B L I O G R A F I A

RIES CENTENO. Cirugía bucal. Editorial "EL ATENEIO" Novena Ed. Cap. 12, pág. 211 a 243.

DANIEL E. WAITE. Cirugía bucal práctica. Cap. II: Dientes incluidos. Pág. 189 a 191, 1ra edición en español.

ALVIN L. MORRIS, HARRY M. BOHAMAN. Las especialidades Odontológicas en la práctica general. Cap. 9: La cirugía oral en la práctica general. Pág. 558 a 559. 4ta edición.

MARIO E. FIGURA y RICARDO R. GARINO. Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. Cap. 7: Esplacnología. Pág. 145-146.

W. HARRY ARCHER. Cirugía bucal. Tomo I: Dientes retenidos. Pág. 124 a 237, 2da edición castellana.

CASO CLINICO

Cirugía de Canino retenido por vía palatina

Se presentó a la clínica de exodoncia una paciente del sexo femenino de 12 años de edad que era canalizada por la especialidad de Ortodoncia para extraerle un canino retenido.

A la paciente ya se le había tomado una radiografía oclusal en la cual se pudo apreciar con claridad el canino retenido. Se programó la cirugía para el día 10/X/90.

El día de la intervención quirúrgica, el primer paso fue elaborar su historia clínica que como ya se sabe, es un interrogatorio entre el paciente y el Doctor para obtener datos generales, antecedentes patológicos, no patológicos y llegar al diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Le colocamos a nuestra paciente el campo quirúrgico; mientras tanto la asistente nos proveyó del instrumental adecuado que en esta ocasión la Clínica nos proporciona en charolas de 1x8 y 1x4. El 1x8 consta de: excavador, alveolotomo, mango para bisturí, tijeras, legra, lima para hueso, porta-aguja y cucharilla. El 1x4 consta de: jeringa, charola, pinza de curación y espejo.

Teníamos por nuestra parte una pieza de mano de alta velocidad y dos fresas quirúrgicas de fisura, un par de guantes, cubre-boca y gasas estériles (proporcionadas por la Clínica).

El operador se lavó bien las manos y se colocó los guantes para efectuar la palpación que es importante para los casos de extracción de caninos retenidos; ya que se presentó una elevación o abultamiento fue de gran ayuda, porque se llegó a la conclusión de que se trataba de un canino superior izquierdo, retenido por vía palatina.

La asistente estuvo al pendiente de colocar la radiografía en el negatoscopio y dirigir la luz de la lámpara en el sitio adecuado para iluminar bien la zona a intervenir.

Anestesia

Se anestesió de primer premolar derecho a primer premolar izquierdo con anestesia infraorbitaria en ambos lados y anestesia infiltrativa local en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y en ambos agujeros palatinos posteriores. El bloqueador que se usó fue mepivacaína.

Operación Quirúrgica

Se tuvieron presentes los 5 pasos a seguir en toda cirugía odontológica:

1. Incisión. Se realizó con una hoja de bisturí del No. 15, procurando que el bisturí estuviera perpendicular a la zona a incidir siguiendo el contorno de los cuellos de los dientes. La incisión se hizo de un solo trazo y fue de primer premolar derecho a primer premolar izquierdo, siempre se limpió el campo con gasa estéril para cohibir el sangrado y tener una zona visible.
2. Colgajo. Una vez realizada nuestra incisión se desprendió el colgajo con una legra procurando hacerlo con cuidado y sin desesperarse. Este desprendimiento nos dió una amplia visibilidad debido a que nuestro colgajo se encontraba de primer premolar derecho a primer premolar izquierdo; el colgajo estuvo todo el tiempo inmóvil con el fin de no lesionarlo.
3. Osteotomía y Osteotomía. Para realizar estos pasos se procedió a quitar la corticolaza que cubría el canino retenido; esto se efectuó con una legra eliminándola completamente quedando descubierta la corona. Se hizo la odontosec-

ción con la fresa quirúrgica de fisura a nivel del cuello, recordando que debido a ser una zona demasiado vascularizada se mantuviera irrigada constantemente con suero fisiológico para no ocasionar una necrosis. Después con un elevador recto se eliminó la corona ya seccionada, el procedimiento a seguir era eliminar la raíz; esto se efectuó con un elevador biangular buscando un punto de apoyo entre el hueso y el diente haciendo movimientos hacia afuera siempre teniendo cuidado de no lesionar tejidos o dientes vecinos. En esta ocasión con 3 movimientos se logró desplazar la raíz.

4. Tratamiento de la cavidad ósea. Este consistió en lavar perfectamente con suero fisiológico nuestra cavidad para eliminar cualquier resto de hueso ó esquirlas. Se limpió muy bien con gasas estériles y se procedió a llevar el colgajo a su lugar planchándolo perfectamente para que quedara nuevamente adherido.

5. Sutura. Se colocaron únicamente 5 puntos interproximales.

Una vez concluida la intervención quirúrgica se le dieron indicaciones post-operatorias a nuestro paciente. Se le extendió una receta donde se le indicó tomar un antiinflamatorio Flanax cápsulas de 270 mg. 1 cada 6 horas. Un antibiótico Pentrexil cápsulas de 250 mg. 1 cada 6 horas. Un analgésico Winasorb tabletas tomar una en caso de dolor. Se le indicó que se colocará fomentos de hielo en la mejilla del lado operado y que no se expusiera al sol.

Se citó al paciente a los 7 días para eliminarle los puntos de sutura, a la vez se le dijo que si hubiera alguna complicación se presentara a la Clínica a la brevedad posible.

La paciente se presentó a los 7 días y se le retiraron los puntos; aún presentaba inflamación en el paladar y era normal; por precaución se le hizo presión con una gasa esté-

ril para estar seguros que no presentaba ninguna infección, el resultado fue negativo, por lo que se dió de alta al paciente.

Cabe mencionar que este caso fue supervisado por el Doctor Víctor Manuel Barrios que con su experiencia, conocimiento y su técnica eficaz resultó menos complicada y traumática nuestra cirugía.

Reconociendo nuevamente que la Odontología es de criterio propio.