

2107

28



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

Facultad de Odontología

**Extracción de Caninos
Superiores Retenidos**

TESIS

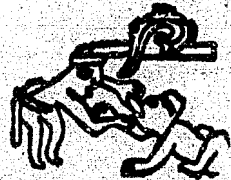
Que para obtener el título de :

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

ESTHER RODRIGUEZ BENITEZ

Director : Dr. Ignacio Miñarro Rincon



México, D.F.

1986



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.

EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

TEMARIO

PRIMERA PARTE

- Capítulo I Conceptos generales
Capítulo II Anatomía del canino y su relación con los demás dientes.
Capítulo III Etiología: clasificación, razones embriológicas, obstáculos mecánicos y causas generales.

SEGUNDA PARTE

- Capítulo I Historia Clínica, Exploración clínica
Capítulo II Examen Radiográfico
Capítulo III Anestesia; complicaciones; Técnicas anestésicas y su importancia.

TERCERA PARTE

- Capítulo I Extracción Quirúrgica de los caninos retenidos; Clasificación
Capítulo II Técnica para la extracción del canino retenido por vía palatina.
Capítulo III Técnica para la extracción del canino retenido por vía vestibular.

Operación:

- a) Incisión
- b) Colgajo
- c) Osteotomía
- d) Extracción propiamente dicha
- e) Tratamiento de la cavidad ósea
- f) Sutura

CUARTA PARTE

Capítulo I Casos especiales

Capítulo II Complicaciones: Accidentes que se presentan al anestesiar: Accidentes Inmediatos, Accidentes Mediatos.

Tratamiento de urgencia de los accidentes respiratorios y cardíacos, accidentes durante la extracción.

Capítulo III Postoperatorio; Higiene de la cavidad bucal.

Fisioterapia operatoria, cuidados de la herida extracción de los puntos de sutura tratamiento general del paciente e Instrucciones para el paciente.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo es una síntesis de una parte muy importante en la práctica odontológica.

El propósito de este trabajo es dar a conocer las técnicas y métodos para la realización de una cirugía de caninos retenidos, a la vez llevar a cabo la cirugía de la pieza encaminada hacia un mejor servicio para el paciente. En este trabajo se menciona la importancia que tiene la cirugía en la odontología, tomando en cuenta la destreza del Cirujano Dentista para la realización de ésta. La finalidad de este trabajo es que esta sirva como guía para la que represente una parte muy importante en la odontología.

PRIMERA PARTE

CAPITULO I

CONCEPTOS GENERALES

Se denomina canino retenido, aquel diente que una vez llega a la etapa de erupción normal, queda retenido en los maxilares conservando sus elementos pericoronarios.

Después de los terceros molares, los caninos son los dientes que están incluidos con mayor frecuencia se han propuesto -- varias causas para la inclusión de los caninos, tales como:

- Falta de espacio debido a pérdida temprana de los molares deciduos.

- Otras causas que han sido señaladas como factores en la -- inclusión de los caninos superiores son: odontomas, dientes supernumerarios, quistes y caninos retenidos o no -- erupcionados, depende de la compresión de los factores anatómicos fisiológicos y patológicos relacionados con ellos.

Para eliminar un diente retenido es necesario hacer un diagnóstico exacto, valorar el riesgo quirúrgico local y general, y sobre todo conocer los principios básicos de la cirugía, para la extracción de un diente retenido, consistente fundamentalmente en un problema mecánico. La búsqueda -- por medios mecánicos e instrumentales, del diente retenido y su eliminación del interior del hueso donde está ubicado, aplicando los principios de la extracción ya sea por un colgajo, o bien por métodos de seccionamiento, elementos que se denominan: extracción quirúrgica de un canino retenido profun

damente horizontal en el paladar está relacionado con el seno maxilar cavidad nasal, o ambas, es uno de los procedimientos quirúrgicos más difíciles de realizar en la cavidad oral.

Según la estadística de BERTEN-CIESZYNSKI, la frecuencia que corresponde a los dientes retenidos es la siguiente:

Tercer molar inferior	35%
Canino superior	34%
Tercer molar superior	9%
Segundo molar inferior	5%
Canino inferior	4%
Incisivo central superior	4%
Segundo premolar superior	3%
Primer premolar inferior	2%
Incisivo lateral superior	1.5%
Incisivo lateral inferior	0.8%
Primer premolar superior	0.6%
Primer molar inferior	0.5%
Segundo molar inferior	0.5%
Primer molar superior	0.4%
Incisivo central inferior	0.4%
Segundo molar superior	0.1%

El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable. Hay muchas personas que sin trastornos aparentes, conservan sus terceros molares o estos dientes y sus caninos superiores.

CAPITULO II

ANATOMIA DEL CANINO

Lo que a continuación se expondrá brevemente, es un estudio resumido del canino como entidad anatómica. El canino superior ocupa el tercer lugar a partir de la línea media tanto en la arcada superior como inferior situado uno al lado derecho y otro al lado izquierdo.

Es de mayor volumen que los incisivos, tanto en corona como en raíz. Su posición en el arco coincide con la esquina o ángulo que forma el plano labial con el plano lateral del vestíbulo y también con la comisura de los labios.

El canino tiene tan voluminosa raíz que obliga a la tabla externa del hueso que la cubre a señalarse formando la eminencia canina de la cara labial.

El principio de la formación de la dentina y el esmalte de 4 a 5 meses.

Calcificación completa del esmalte de 6 a 7 años.

Principio de la erupción de 11 a 12 años.

Formación completa de la raíz de 13 a 15 años.

Haciendo una relación desde el punto de vista patológico de los caninos retenidos superiores, podemos establecer un cuadro de acuerdo a dichas anomalías.

Posición labial

- a) Corona contra las raíces de los incisivos
- b) Corona alta, es decir, por arriba de los ápices de los dientes anteriores.

c) En posición transversal

Posición palatina ó lingual

a) Superficial o contra el cuello de los incisivos

b) Profundo o contra los ápices del incisivo

Posiciones intermedias

a) Corona entre incisivo lateral y el primer premolar

b) Corona arriba de los ápices de los dientes anteriores, o directamente labial ó lingual, y la raíz al contrario.

Posiciones atípicas

a) En la pared nasooantral

b) En el seno maxilar

c) Entre el primero y segundo premolar

d) En el piso de la órbita

e) En el piso de las fosas nasales

Relación del canino en el maxilar

La relación de este diente es con el premolar el incisivo lateral, puede presentarse alejado del seno maxilar o en proximidad con el piso de las fosas nasales.

Sobre los apices de los premolares caninos e incisivos puede observarse una línea horizontal perfectamente nitida y por encima de ella la fosa nasal; por debajo, el hueso esponjoso del maxilar, está línea puede cruzar la imagen del seno maxilar.

CAPITULO IIII

ETIOLOGIA

En lo que se refiere a las causas que producen o provocan la retención de los dientes, se clasifican en:

- 1.- Razones embriológicas
- 2.- Obstáculos mecánicos
- 3.- Causas generales

Razones embriológicas

El germen dentario puede encontrarse en su sitio, pero es una angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con el diente vecino, retenido o erupcionado: esto constituye una verdadera fijación del diente en erupción sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que permita que erupcione correctamente.

RADACH, nos dice que los factores etiológicos de las inclusiones son exclusivamente embriológicas. La inclusión se produce por trastornos que existen en el folículo dentario y cresta alveolar durante su evolución. Los cambios que sufren estas estructuras son como consecuencia de las alteraciones en la formación del tejido óseo y que hace que se desplace al folículo dentario.

Obstáculos mecánicos

Que pueden interponerse a la erupción normal.

a) Falta de espacio

El canino se haya alto en el maxilar cuando los premolares -- van a hacer erupción. En ese momento los incisivos se encuen

tran implantados en su posición del plano frontal.

El canino temporal que debe mantener el espacio para el permanente, es muy angosto para retener el espacio necesario -- mesiodistal.

- b) El hueso de tal condensación, que no se pueda ser vencido en el trabajo de erupción (enostosis)
- c) El impedimento que se opone a la normal erupción puede -- ser: Un órgano dentario: dientes vecinos por extracción - prematura del temporal posición viciosa del diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos.
- d) Elementos patológicos que se oponen a la erupción normal: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos, quistes y odontomas.

Causas generales

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden tener problemas en la erupción dentaria, retención y ausencia de los dientes.

Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo) tiene influencia en la retención dentaria.

PARASIDO Nos dice que la inclusión del canino se debe por un -- desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de la arcada dentaria.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un factor muy importante en el diagnóstico odontogénico, no basta que el dentista haya aprendido a reconocer unas cuantas enfermedades, es necesario también que haya estudiado un gran número de pacientes durante un periodo más o menos largo, para hacer la descripción correcta de la enfermedad, es necesario también adoptar una terminología satisfactoria y saber en pocas palabras lo que se desea asentar.

En realidad no existe una historia clínica "ideal" ya que ésta varía de acuerdo al criterio de cada cirujano dentista, ya que para algunos pueden tener importancia ciertos aspectos que a otra quizá no le sean importantes.

Específicamente en nuestra profesión, será conveniente contar con un odontograma adecuado el cual nos servirá para registrar las condiciones dentales en especial, así como también es recomendable efectuar una ficha dental, que en realidad nos pueda servir para tener un control de la cavidad bucal en general.

La historia clínica (ó anamnesis) se divide en:

- | | |
|-------------------------|---|
| a) Interrogatorio | General |
| | Local |
| b) Ficha de Exploración | Exploración clínica porpivamente dicha. |

- 3) Pruebas de laboratorio
- 4) Diagnóstico
- 5) Pronóstico
- 6) Plan de tratamiento
- 7) Evolución

Explicaremos a continuación brevemente la historia clínica:

FICHA DE IDENTIFICACION

Datos generales del paciente (antecedentes personales) tales como: nombre, edad, lugar de nacimiento, estado civil, ocupación, domicilio, teléfono y fecha de examen. Dichos datos nos servirán en un momento dado, para la localización de nuestro paciente, así como también la secuencia que sigue su tratamiento.

FICHA DE EXPLORACION

Interrogatorio. En esta etapa de la historia clínica podemos descubrir generalmente, los signos y síntomas que presenta el paciente ante un padecimiento.

Nos basaremos en una serie de datos, de los cuales algunos -- nos referirá el paciente, y otros los obtenemos por medio de la observación, interrogatorio y exploración propiamente dicha.

Dividimos la ficha exploratoria en:

MOTIVO DE LA CONSULTA

Al iniciar la plática con nuestro paciente, es conveniente interrogar de inmediato acerca del motivo ó síntomas que obli-

gan al paciente a presentarse a consulta, ya que por lo general podremos obtener bastantes y precisos datos acerca -- del padecimiento aquí por tanto podemos incluir el padecimiento actual, o el que consideramos más importante.

A este aspecto agregaremos lo que observamos acerca de la -- enfermedad o padecimiento, tal como fecha de iniciación si -- hay dolor: tipo, intensidad, duración, si es espontáneo o -- provocado; interrogar al paciente acerca de las causas que -- crea probables, etc.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS

Debe interrogar sobre algunos padecimientos familiares que -- pudiesen ser considerados patológicos tales como diabetes, cáncer, tuberculosis, etc. Esto también pudiese tener alguna significación clínica, ya que nuestro caso particular, podemos señalar la retención del o de los caninos como de etiología o congénita.

En los antecedentes patológicos, procedemos a anotar las enfermedades que haya padecido el paciente y que de alguna manera intervengan en la salud bucal del paciente.

Principalmente se preguntará acerca de alergias a fármacos o alimentos visitas anteriores al dentista; acerca de administración de anestésicos etc., y en general de las condiciones patológicas que tengan relación con las enfermedades.

Dentro de los antecedentes no patológicos anotaremos sus hábitos (tabaquismo, alcoholismo, adicción a alguna droga).

También anotaremos si el paciente está tomando algún medica-

mento, de que tipo es, y para qué se le administra.

REVISION GENERAL DE APARATOS Y SISTEMAS

Hay seis preguntas de orden general que nunca deben omitirse:

- 1.- ¿ Se encuentra el paciente actualmente bajo el cuidado de algún médico ?
- 2.- ¿ Toma actualmente algún fármaco ?
- 3.- ¿ Ha padecido alguna enfermedad grave o ha sufrido alguna intervención quirúrgica de importancia ?
- 4.- ¿ Ha sufrido alguna vez reacciones alérgicas a algún medicamento que se administró o alergia a cierto tipo de alimentos ?
- 5.- ¿ Conserva el paciente algún recuerdo desagradable de intervención quirúrgica anteriores ?
- 6.- ¿ Ha padecido recientemente o con anterioridad algún proceso hemorrágico de importancia, particularmente durante alguna intervención ?

APARATO CARDIOVASCULAR

Preguntarle al paciente si tiene algún síntoma o enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, arritmias, taquicardia, bradicardia, soplos, si ha sufrido alguna embolia etc., y confirmar si está siendo controlada por su médico.

APARATO RENAL

Es importante hacer hincapié en este aparato ya que por riñón se van a desalojar los bloqueadores, es necesario saber si -

hay poluria (aumento en el número de misiones por 24 horas) puede ser síntoma de diabetes, nicturia (micción involuntaria, oliguria (secreción insuficiente), glucosuria (azúcar en la orina), dificultad al orinar, color, olor, cistitis, nefritis, hinchazón de tobillos y párpados.

SISTEMA NERVIOSO

Saber si es un paciente aprehensivo (conviene tratarlo con sedantes o tranquilizantes) si es un paciente que ha tenido convulsiones (epiléptico) temblores, malestar en habitaciones donde hay personas, tensión emocional, depresiones etc.

APARATO DIGESTIVO

Preguntarle al paciente si tiene falta de apetito (anorxia) eructos, gastritis (dispepsias), otros trastornos como diarreas hemorragias gástricas, hematemesis (vómito de sangre) pérdida o aumento de peso reciente, úlceras, agruras, etc.

APARATO RESPIRATORIO

Preguntar si tiene hemorragias por nariz (epitaxis), hemorragia por la boca, nariz, proveniente de vías respiratorias (hemoptisis), resfriados frecuentes, tos, flemas con sangre, accesos frecuentes de tos, fatiga, disnea, sinusitis, asma etc.

ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS

De este tipo de alteraciones la más importante es la diabetes para el cirujano dentista. Esta es una enfermedad hereditaria en la cual está alterada la función de metabolizar los hidratos de carbono y secundariamente una falla en la producción -

de la hormona llamada insulina.

Clásicamente se considera a un paciente diabético cuando únicamente presenta la triada:

- a) Polifagia (Ingestión excesiva de alimentos)
- b) Polidipsia (sed constante y excesiva ingesta de agua)
- c) Poluria (constantes ganas de orinar)

Sin embargo, muchas veces trataremos con pacientes que sin ellos saberlo, pueden ser diabéticos (o prediabéticos, que debería sustituirse por diabético sin manifestaciones clínicas o diabético pre-clínico), y el cirujano dentista puede ser el primero en detectarlo, ya que no siempre se presentará esta triada.

ESTADOS FISIOLOGICOS DE LA MUJER

- a) Menstruación
- b) Embarazo
- c) Lactancia
- d) Menopausia

MENSTRUACION

No hay ninguna contraindicación, de todos modos es necesario saber si hay dismenorrea (aparición difícil de la regla que es a menudo dolorosa. Amenorrea (supresión del flujo menstrual en una mujer no embarazada y que no ha llegado a la menopausia.

Si su sangrado dura más de cuatro días, pedirle pruebas de laboratorio, como es un período en que se altera el estado emocional de la mujer, es conveniente administrarle tranquilizantes.

tes o sedantes,

EMBARAZO

No hay contraindicaciones, aunque sí se deben guardar más precauciones que en el estado anterior, porque aunque la anestesia usada es un tabú por el peligro que implica, si se puede hacer la intervención, ya que resulta más nocivo una pieza dental en mal estado que sería un foco de infección que indirectamente puede perjudicar más al producto que la anestesia misma. Se debe tener en cuenta: cuantos hijos tiene, si ha tenido abortos anteriormente, si hay cierta propensión a -- los mismos etc., entonces es preferible no hacer ninguna intervención o sólo previa autorización del ginecólogo.

Durante los tres primeros meses, el feto no está suficientemente fijado en el útero y con la anestesia puede haber una contraindicación brusca del mismo lo que desalojaría el producto. También en los últimos meses, con la anestesia puede haber un relajamiento del cuello uterino y desalojar al producto porque su peso es mucho mayor.

LACTANCIA

No hay ninguna contraindicación, únicamente que la tensión nerviosa y estado de angustia de la paciente, su organismo produce una sustancia llamada magro que se va a combinar con la leche y tiene la particularidad de producir diarrea en el niño, es preferible darle placebos en lugar de tranquilizantes para calmar a dicha paciente o recomendarle que no le de su leche al niño durante dos días para no producirle dicho transtorno al niño.

MENOPAUSIA

Es el estado de la mujer en que su organismo deja de funcionar. Tampoco hay contraindicaciones para la cirugía, sin embargo, como el estado hormonal y emocional de la paciente se encuentra alterado, se necesita tranquilizarla con el diálogo médico-paciente, si no da resultado con algún placebo, de lo contrario necesitaría darle un tranquilizante o sedante.

EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL

En general el examen bucal se hará en una forma ordenada y explorando totalmente cada uno de los elementos que lo constituyen, para obtener los resultados deseados; en sí, buen examen bucal, se realiza de la siguiente manera:

LABIOS

Se anotará la presencia de quelosis (labio leporino o fisura congénita).

REGION GINGIVAL

Observamos en la encía alveolar, así como también la línea muco-gingival (fondo de saco).

MUCOSAS

Tendremos que revisar cuidadosamente todas las mucosas intraorales, como lo son: mucosa del paladar (duro y blando) mucosa de carrillos, mucosa del piso de boca, mucosa del Istmo de las fauces, así como la mucosa de los labios.

LENGUA

Si se observa glositis, lengua geográfica, escretal o cualquier estado patológico se hará la anotación respectiva.

quier estado patológico se hará la anotación respectiva.

PALADAR

Se investigará la existencia de lesiones sífilíticas perforaciones, neoplasias.

INSERCIONES MUSCULARES

Dentro de ésta, se consideran principalmente la inserción de los frenillos, tanto bucales como linguales. Líneas oblicuas interna y externas, principalmente en los casos de maxilar desdentados.

PISO DE BOCA

En general la revisión consistirá en la inspección y palpación para detectar alguna posible lesión de tipo neoplástico. También se tomará en cuenta la presencia de ránulas de celulitis crónica de carcinoma.

REGION YUGAL

Por medio de la palpación revisaremos las glándulas salivales sublinguales y parótida; también revisaremos los músculos superiores del cuello. A su vez, haremos la palpación de los ganglios linfáticos del cuello.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Se anotará igualmente, cualquier anomalía de la articulación (anquilosis, luxación fracturas).

Ahora bien, en el caso de los caninos retenidos debemos considerar la inspección y la palpación, así como un buen estudio radiográfico, al cual nos referiremos más ampliamente en el capítulo siguiente:

INSPECCION

Esta la realizamos por la observación, ya sea de la ausencia total del canino permanente, con retención del canino y notemos su ausencia, podremos considerar que nos encontramos ante un caso de canino retenido.

PALPACION

Este método nos sirve únicamente por medio del tacto, determinar la presencia del canino retenido, ya que lo palpamos como una elevación o abultamiento, ya sea en el paladar o bien en el vestíbulo bucal.

Sin embargo, algunas veces se puede confundir la eminencia canina, con las raíces ya sea del incisivo lateral o bien con la del primer premolar. Por tanto el método adecuado para comprobar la existencia de un canino retenido, es el estudio radiográfico.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Este tipo de pruebas se realizan cuando se requiera confirmar el estado de salud de un paciente, o bien que se sospeche de algún tipo de proceso patológico, que en un momento dado podría contraindicar la intervención quirúrgica.

Las pruebas de laboratorio que se necesitan son las siguientes:

- a) Biometría hemática
- b) Tiempo de sangrado
- c) Tiempo de coagulación
- d) Tiempo de protrombina
- e) General de orina
- f) Química sanguínea

CAPITULO II

EXAMEN RADIOGRAFICO

En odontología las radiografías se utilizan de forma habitual con los síntomas y signos clínicos para llegar al diagnóstico, el cual casi nunca debe basarse solamente en la radiografía; ésta se emplea como auxiliar. Por otra parte, el no utilizar la información radiográfica cuando es necesario constituye un error tan grande como el de basarse exclusivamente en los datos radiográficos sin otros datos de prueba.

El diagnóstico de un canino retenido en el maxilar superior, su posición, la relación con los dientes vecinos y su clasificación se realizan por los medio clínicos de la inspección la palpación y el examen radiográfico.

INSPECCION

La ausencia de canino permanente en la arcada, la persistencia del temporal puede hacer sospechar la retención. En caso de retención palatina ó vestibular, la inspección visual descubre una elevación o relieve en el paladar o vestíbulo. La altura y forma de la bóveda palatina nos dará una indicación preliminar de la probable ubicación del diente retenido.

PALPACION

El dedo índice, que investiga confirma la existencia de esta elevación, de la misma consistencia que la tabla ósea.

En caso de existir algún proceso infeccioso y una fístula, una sonda introducida por ella nos lleva a chocar contra un cuerpo duro que es la corona del canino.

g) Curva de tolerancia a la glucosa

DIAGNOSTICO

Se considera como el resultado o conclusión a la que llegamos después de efectuar un examen completo.

PRONOSTICO

Cuando ya tengamos la certeza de haber hecho un diagnóstico adecuado, pensaremos en el pronóstico, ya que por medio de él sabremos el grado de éxito o fracaso que tendremos en el tratamiento que llevaremos a cabo en nuestro paciente.

PLAN DE TRATAMIENTO

Basándonos en el diagnóstico y pronóstico al cual hemos llegado, tendremos que planear el tratamiento, el cual abarca desde la premedicación hasta el postoperatorio.

Lo dividimos en:

- a) Pre-operatorio - Medicación y sedación del paciente
- b) Trans-operatorio - que consiste en la operación o tratamiento quirúrgico propiamente dicho,
- c) Post-operatorio - Medicación y analgesia después de la intervención.

EVOLUCION

Se anotará la evolución del tratamiento en el paciente y las secuelas que pudieran existir.

EXAMEN RADIOGRAFICO

El examen radiografico del canino retenido debe ser realizado según ciertas normas para que sean de utilidad.

Para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente una radiografía intrabucal tomada sin reglas radiográficas, precisas, imprescindibles para ubicar el diente a extraer, tal radiografía intrabucal sólo nos indicará la existencia del diente; las normas para la radiografía de utilidad quirúrgica serán dadas enseguida. Es necesario ubicar el diente -- según los tres planos del espacio, es necesario ver la cúspide y el ápice y conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos (seno y fosas nasales) y con los dientes vecinos. La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios.

Antes de encarar un problema quirúrgico de esta especie, debemos verificar, con absoluta precisión la clase a que pertenece el canino retenido (posición vestibular o palatina, distancia de los dientes vecinos, número de caninos retenidos) para imponer el tipo de operación necesaria (Cyfa de acceso, insición etc.). Sólo así evitaremos operaciones mutilantes - traumáticas y llenas de inconvenientes.

Una buena radiografía debe mostrar:

- a) La forma de la corona
- b) La existencia y forma del saco pericoronario
- c) La distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos central y lateral y con el conducto palatino an

incisivos central y lateral y con el conducto palatino anterior.

La cúspide del canino puede estar en contacto con la raíz - del central o del lateral, o enclavada entre dos dientes; - cualquiera de estas formas constituyen un serio obstáculo - para su extracción. También es de suma importancia conocer la porción radicular ya que el ápice de los caninos retenidos presentan en general una pronunciada dilaceración,

La existencia de ésta anomalía y la ubicación exacta del -- extremo radicular deben ser conocidas antes de la operación,

RELACION VESTIBULO PALATINO

Esta relación es necesaria primordialmente para elegir la - vía de acceso.

- Aproximadamente un 85% de los caninos superiores retenidos - presentan una posición palatina; sin embargo, para poderlo - comprobar este hecho, tomaremos una radiografía mediante la siguiente técnica: Colocando al paciente sentado en posición vertical, de tal manera que el arco del plano dentario superior tome una forma horizontal, y colocaremos una película - radiográfica oclusal entre ambos maxilares,

La colocación del cono del aparato de rayos "X" deberá ser - paralela a los ejes longitudinales de los incisivos, colocan do dicho cono sobre el hueso frontal del paciente, aproxima damente a dos centímetros y medio de la eminencia frontal, Siguiendo esta técnica, obtenemos una radiografía en donde se apresian los incisivos de tal modo que sólo se percibe el cor te del ecuador de cada diente, sin que se vea la proyección - de la raíz.

de la raíz.

El canino retenido aparece por delante de la proyección de los dientes anteriores (en el caso que sea vestibular, y por detrás de la misma en caso de que sea de colocación palatina. Si la colocación del rayo del aparato fuera perpendicular a la placa, podría suceder que el canino vestibular apareciera, radiográficamente palatino.

UBICACION DEL CANINO EN EL PLANO SAGITAL

Para lograr esta ubicación, la técnica ha seguir se logra con la obtención de tres placas radiográficas, a la que denominaremos, anterior, media y posterior.

TOMA ANTERIOR

Se coloca la película en el lado palatino, haciendo coincidir la línea media de la placa con el espacio interincisivo, siendo la dirección del rayo en la forma común para este tipo de toma.

TOMA MEDIA

Se hace coincidir el borde anterior de la radiografía periapical con el espacio antes mencionado. La placa se coloca verticalmente y el rayo es normal a la película.

TOMA POSTERIOR

En esta se hace coincidir el borde anterior de la placa con la cara distal, del incisivo lateral siendo normal la dirección del rayo.

Una vez reveladas las placas colocaremos en el negatoscopio una orden p-m-a (para el lado izquierdo) y a-m-p (lado dere-

chol, y tendremos ubicado el diente en el plano sagital y las relaciones con órganos y dientes vecinos.

DELIMITACION DEL CANINO EN EL PLANO HORIZONTAL

Los autores Gietz y Gravioto aconsejan el siguiente método para localizar el canino retenido en el plano horizontal. - en esta técnica se usa una radiografía oclusal con el rayo central a la placa y pasando por los premolares lo que evita que los rayos secundarios den una imagen incorrecta del diente proyectándolo a través de las raíces de los demás -- dientes en la arcada.

DELIMITACION DEL CANINO EN PLANO VERTICAL

Los autores antes mencionados, sugieren el siguiente método para la localización del plano vertical de los caninos retenidos. Se coloca una placa, que bien puede ser del tipo extraoral, o bien oclusal, sobre la mejilla opuesta al canino retenido, dirigiendo el rayo central de manera que atraviese el maxilar en sentido horizontal e incida perpendicularmente en la placa radiográfica.

CAPITULO III

ANESTESIA

La extracción de los caninos retenidos, como en toda intervención quirúrgica, requiere fundamentalmente de métodos - anestésicos, por tratarse de procedimientos largos y molestos.

Todo agente bloqueador que se use debe tener los siguientes requisitos:

- 1o.- Periodo de latencia
- 2o.- Duración adecuada al tipo de intervención
- 3o.- Compatibilidad con vasopresores
- 4o.- Difusión conveniente
- 5o.- Estabilidad de las soluciones
- 6o.- Baja toxicidad sistemática
- 7o.- Alta incidencia de anestesia satisfactoria

PERIODO DE LATENCIA

Es el tiempo comprendido entre la aplicación del anestésico y el momento que se instala la analgesia satisfactoria.

Un periodo de latencia corto elimina pérdidas de tiempo innecesarias en la práctica odontológica es de gran importancia una espera mínima entre la inyección y el establecimiento de la anestesia, aunque la diferencia de latencia de la mayoría de los anestésicos locales es secundaria, vale la pena hacer notar que las drogas anestésicas con combinación con los vasopresores adecuados tienen características muy especiales en cuanto al tiempo de latencia, pero en términos generales es excepcionalmente corto. La duración debe ser ade-

cuada para terminar los procedimientos odontológicos que de
seen realizarse.

Los anestésicos en odontología se usan en combinación con so-
luciones de vasoconstructores; entre otras razones para pro-
longar la duración de la anestésia y para hacer más profunda
la analgesia, que con una buena localización y mayor inciden-
cia, pero es conveniente usar una solución bloqueadora de -
acuerdo con el tiempo que se presume que vaya a durar el pro-
cedimiento.

TOXICIDAD

La toxicidad de una droga está en razón directa de la dosifica-
ción y de la velocidad con que esta pasa al torrente sangui-
neo. En anestesia regional pueden concurrir varios factores
para determinar una concentración alta de la droga en la san-
gre.

Primero absorción rápida de la droga relacionada con; dosis
de la misma, sitio de aplicación, contación de las solucio-
nes usadas, velocidad en la inyección y tipo de droga.

Cuando la droga se encuentra en el torrente sanguíneo debe-
mos tener en cuenta su acción sobre el sistema nervioso cen-
tral y sobre el aparato cardiovascular principalmente.

Para determinar la toxicidad de una anestésico local, por me-
dio de estudios con inyecciones intravenosas en el hombre -
la prueba más rigurosa para cualquier droga anestésica,

VASOCONSTRUCTORES

Los vasoconstructores prolongan la acción y reducen toxicidad
sistémica de los anestésicos locales por retardo en su --

absorción. Debe usarse en zonas ricamente vascularizadas - como la región gingivodental, si se omite su uso, la anestesia es inadecuada y pueden presentarse fenómenos de toxicidad por absorción rápida de droga.

Son de gran valor en anestesia por infiltración y en bloques maxilares y tronculares, pero su acción es ineficaz en anestesia tópica.

Algunos vasoconstructores prolongan la acción de la anestesia en un 100%. La respuesta varía en un sitio de acción.

La incidencia del daño a los nervios periféricos, no es mayor con vasoconstructor que con soluciones simples.

COMPLIACIONES

Siempre que se administra una droga por vía parenteral, pueden aparecer complicaciones y los anestésicos locales no son excepción a este fenómeno. Generalmente se presentan las siguientes complicaciones: síncope, reacciones tóxicas y alérgicas y otras resultantes de la administración impropia del fármaco.

Las complicaciones puede varias desde ligeras hasta graves y amenazar incluso la vida.

SINCOPE

El síncope es la que presenta con más frecuencia.

Clinicamente se manifiesta por palidez muy marcada, sudoración, náuseas y la pérdida de la conciencia.

En general es de origen neurógeno. El tratamiento consiste en colocar al paciente en una posición inclinada con una ligera elevación de los pies, empleamos oxígeno y sustancias -

aromáticas de amoniaco. Esto causa una vasodilatación cerebral con el consiguiente aflujo de sangre al cerebro y un retorno al estado normal.

REACCIONES TOXICAS

Estas son mucho más graves. Si es de mediana intensidad, el paciente presenta signos de estimulación del sistema nervioso central.

Se reconoce por un aumento del estado de aprensión del paciente excitabilidad. También existe un aumento de la frecuencia de pulso y de la presión sanguínea.

REACCIONES ALERGICAS

Las reacciones alérgicas pueden ser de tipo inmediato o anafiláctico o de tipo diferido, tales como el edema angioneurótico, la urticaria y el resh.

El tipo anafiláctico, por ser el más grave, requiere tratamiento inmediato con el fin de evitar el colapso cardiovascular o respiratorio. Deberá aplicarse una inyección intramuscular o subcutánea de adrenalina 0.5 cm3. al 1%.

OTRAS COMPLICACIONES

Se puede producir un hematoma por la punción inadecuada de la aguja o por el desgarramiento de un vaso sanguíneo, también se puede producir un trismus varios días después de la inyección de un anestésico local como resultado de la inyección intramuscular, muy frecuente en el músculo pterigoideo interno o en el músculo temporal.

También en otras ocasiones menos frecuentes se puede presentar una parálisis facial por la inyección del anestésico y su penetración en la glándula parotida. En otras ocasiones

se puede presentar visión borrosa después del bloqueo del nervio infraorbitario, el motivo se debe al haberse anestesiado el nervio óptico.

ANESTESICOS TOPICOS

Los anestésicos tópicos son agentes que, cuando se aplican en la superficie de la mucosa bucal, producen la anestesia de las terminaciones nerviosas aliviando de esta forma los pequeños estímulos dolorosos superficiales.

Los anestésicos tópicos han demostrado ser útiles para disminuir el dolor de la inyección cuando se aplican a la mucosa antes de insertar la aguja. Los anestésicos tópicos se emplean en el tratamiento del dolor de la herida postoperatoria cuando se aplican en forma de unturas o de empaquetamientos.

TECNICAS ANESTESICAS

Casi todas las intervenciones operatorias en odontología se pueden llevar a cabo adecuadamente bajo anestesia local si la droga se administra adecuadamente. Esto se consigue mediante las técnicas de infiltración afecta a los extremos terminales del nervio mediante una inyección subcutánea o subperifística.

Se emplean, sobre todo, en la extracción de los dientes maxilares o para anestésiar algunas zonas de la membrana mucosa. La anestesia nerviosa por bloqueo se usa con mayor frecuencia en las intervenciones dentales extensas tales como las extracciones múltiples, alveoplastias, trabajos restauradores extensos, así como para la extracción de los dientes maxilares inferiores.

BLOQUEO DEL NERVIU INFRAORBITARIO

Este bloqueo se emplea para anestesiar las ramas terminales del nervio maxilar, esto es el nervio infraorbitario y el - nasal lateral el labial superior y el palperbral inferior. Si la solución penetra en el canal infraorbitario, se puede obtener al mismo tiempo la anestesia del nervio alveolar -- anterior superior y, posiblemente, de la mitad superior del nervio alveolar.

Para administrar este bloqueo, se localiza en primer lugar el reborde infraorbitario en la superficie ósea inferior de la órbita.

El agujero se localiza aproximadamente por debajo de esta - escotadura.

El dedo índice se coloca en esta zona durante la inyección para ayudar a mantener la aguja, así como para producir un masaje de la solución de tal forma que penetre en el canal infraorbitario.

La aguja se introduce a través del pliegue mucobucal en una línea paralela a la escotadura infraorbitaria allí se dep⁵ sita la solución y la anestesia se presenta en un tiempo - relativo corto.

BLOQUEO DEL NERVIU PALATINO ANTERIOR

Se consigue la anestesia de los tejidos del paladar blando y del paladar duro desde el área de la turbosidad hasta la región de los caninos. La inyección es parecida a la que se emplea en el maxilar. Se localiza el agujero palatino - anterior y se dep⁵ sita aproximadamente 0.5 de solución en la entrada del canal.

No es necesario que la aguja penetre en el canal para que se bloquee este nervio.

BLOQUEO SUPRAPERIOSTICA ALVEOLAR SUPERIOR

El punto de punción es el pliegue mucó-labial, en un punto situado entre las raíces del canino y del premolar.

La aguja se introduce lentamente inclinada en dirección distal, hasta alcanzar el ápice de la raíz del canino.

La raíz puede apreciarse manifiestamente por palpación de la eminencia canina. Tanto en la técnica anterior como la presente, la solución se depositará lentamente gota a gota.

El cirujano dentista debe dar seguridad a los pacientes y confianza de que no hay que temer. Sin embargo, deben mantenerse alejados de la vista, todos los instrumentos que pueden causar temor.

En el caso de pacientes sumamente nerviosos, podemos recurrir a la premedicación como sedantes o hipnóticos.

TERCERA PARTE

CAPITULO I

EXTRACCIÓN QUIRURGICA DE LOS CANINOS RETENIDOS

Si alguna vez hemos pensado que los dientes retenidos, que no produzcan trastornos evidentes, puedan ser dejados hoy creemos que la extracción del diente antes de la aparición de -- de los trastornos que puede originar, es la conducta inteli gente a aplicarse.

CLASIFICACIÓN

Clasificación de los caninos superiores retenidos:

- a) Retención intraósea.- cuando el diente está cubierto en su totalidad por el tejido óseo.
- b) Retención sub-gingival.- cuando el diente retenido está cubierto por la mucosa gingival.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo:

- 1) Número de dientes retenidos
- 2) La posición que presentan en el maxilar
- 3) Con la presencia o ausencia de los dientes en la arcada.
- 1) La retención puede ser simple o doble
- 2) Caninos situados en el lado palatino o situados en el lado vestibular.
- 3) Caninos en maxilares dentados o en maxilares sin dientes.

De acuerdo con estos tres puntos se puede ordenar una clasificación que corresponda a todos los casos de estas retenciones.

Clase I Maxilar dentado

Diente ubicado del lado palatino

Retención unilateral:

a) cerca de la arcada dentaria

b) lejos de la arcada dentaria

Clase II Maxilar dentado

Dientes ubicados del lado palatino

Retención bilateral

Clase III Maxilar dentado

Diente ubicado del lado vestibular

Retención unilateral

Clase IV Maxilar dentado

Dientes ubicados del lado vestibular

Retención bilateral

Clase V Maxilar dentado

Canino vestibulo palatino

Clase VI Maxilar dentado

Dientes ubicados del lado palatino

a) retención unilateral

b) bilateral

Clase VII Maxilar desdentado

Dientes ubicados del lado vestibular

a) retención

b) bilateral

CAPITULO II

TECNICA PARA LA EXTRACCION DEL CANINO RETENIDO POR VIA PALATINA.

El plan operatorio consiste en:

- 1) Estudio cuidadoso de las radiografías para determinar la posición y relaciones con los otros dientes y en el seno maxilar.
- 2) Clasificación de la retención
- 3) Determinación del tipo de colgajo
- 4) Decidir si el seccionamiento del diente facilitará su extracción y al mismo tiempo la conservación de mayor cantidad de hueso.

Hay factores que en un momento dado pueden complicar la extracción del canino superior retenido. En razón de la cercanía de la corona o la raíz del canino retenido, con los dientes adyacentes, hay peligro de lesionarlos, o bien causar trastornos en diversas áreas del área intervenida.

En un gran porcentaje de estas retenciones dentarias, la parte radicular se separa del seno maxilar, o bien cavidad nasal, por una delgada pared ósea, o inclusive muchas veces sólo por el epitelio giliar que reviste a estas. Por ello, la posibilidad de forzar la raíz dentro del seno, durante la extracción del canino por seccionamiento, deberá tenerse siempre presente, ya que con frecuencia se han producido aberturas de varios tamaños en el seno maxilar, por tanto deberá observarse rígida asepsia, pues de otro modo puede

sobrevenir una infección aguda del seno maxilar.

Con respecto al colgajo mucoso, si se coloca en su lugar y se sutura, manteniéndolo en contacto con el hueso palatino, por varias horas, por medio del apósito de gasa, la cicatrización tiene lugar sin complicaciones.

Como ya se dijo anteriormente en otro capítulo, muchas de las raíces de los caninos retenidos tienen una pronunciada curvatura en el tercio apical; en la mayoría de los casos, en ángulo recto.

Con frecuencia, la corona está sobre el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares (Clase III), o bien aún, sobre la superficie vestibular del maxilar superior; en este caso podrá ser necesario una combinación de técnicas quirúrgicas, es decir, usando las vías palatina y vestibular.

Por último, antes de entrar a la operación propiamente dicha, cabe recordar que, una vez que ha sido anestesiado el paciente, lo colocaremos en el sillón dental de tal manera de que se sienta cómodo tanto él, como nosotros; además de que trataremos de obtener la mayor visibilidad posible, una adecuada iluminación y en general, la obtención de un mejor campo operatorio sin obstrucciones de ninguna especie.

TECNICA OPERATORIA

a) Incisión

Para extraer un canino retenido en la bóveda, es necesario -- desprender parte de la fibro-mucosa, dejando al descubierto -- la bóveda ósea.

El objeto de la incisión es la obtención de un colgajo, el --

cual servirá posteriormente para darnos una visión suficiente del campo operatorio, y estar diseñado de tal modo, que no vaya a ser traumatizado en el curso de la intervención.

La incisión la haremos por lo general, con un bisturí Bard-Parker No. 12, con el cual se seccionan los tejidos palatinos givales alrededor del cuello de los dientes, desde palatino del incisivo central superior, hasta distal del segundo premolar.

(Figura 1 - A)

La hoja del bisturí se introduce entre el diente y la encía, perpendicular a la bóveda palatina llegando siempre hasta el hueso. En caso de faltar el canino infantil, el corte se llevará a cabo en la parte más prominente de la cresta alveolar, o bien, en caso de retención del canino de la 1a. dentición en la arcada el corte se lleva a cabo de igual manera que otros dientes.

La otra porción de la incisión será a partir de la línea media palatina hacia la parte posterior (dirección antero-posterior). Sin embargo, algunas ocasiones cuando el canino retenido está situado posteriormente, no será necesario que la incisión pase por la línea, respetando así, de cierta manera, los elementos del agujero palatino anterior.

B) Colgajos; Desprendimiento del mismo

Una vez que se ha realizado la incisión, se procede al desprendimiento del tejido fibro mucosa palatina; para ello utilizaremos un instrumento con punta plana y roma, como la espátula de Freer o bien el periostótomo. Este instrumento se insinúa entre la arcada dentaria y la encía, o bien entre los labios de la incisión palatina, y por movimientos leves, sin herir --

ni desgarrar la encía, se desprende de la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso del paladar. (Figura 1-B).

Es conveniente después de desprendido un trazo de fibromucosa, tomar este con unas pinzas de disección, ya que el colgajo, será necesario mantenerlo inmóvil e intacto durante el transcurso de la operación.

Para tal acción, pasaremos un hilo de sutura en un punto -- del colgajo aproximadamente en la parte media de la zona correspondiente al canino y una vez totalmente desprendido, se fijará por medio de un nudo, al primer molar del lado opuesto, o también se toman sus cabos con unas pinzas hemostáticas y a su vez éstas se fijan a la compresa que cubre al paciente.

Se cohibe la hemorragia ósea, o de los vasos palatinos, una vez que ha sido fijado colgajo, y ya tenemos el campo limpio proseguimos con nuestra operación.

c) Osteotomía

Este procedimiento tiene el objeto de eliminar el hueso que cubre al canino retenido. Algunas veces, el canino sólo estará cubierto por fibromucosa, pero en caso necesario, -- se hará la eliminación ósea pertinente.

Antes de proceder a la extirpación de hueso, se explora cuidadosamente el área, ya que aunque su meta es la misma, se diferencian principalmente en lo referente al trauma quirúrgico que puedan ocasionar al paciente.

Los principales instrumentos para este fin son:

- a) Fresas Quirúrgicas: Bola y Tronco-cónicas o Fisura

b) Cíncel: automático o manual

a) De este instrumental, es preferible el uso de fresas quirúrgicas, ya que son mucho menos traumáticas, además que la -- eliminación ósea es rápida y nítida. Por lo general son de -- carburo de tungsteno.

b) El uso de cíncel automático o manual, es también aceptable, pero su uso requiere experiencia previa por parte del Cirujano, ya que si no se le da un manejo adecuado, puede -- ser mucho muy traumático.

En la presente técnica, una vez localizada la corona del canino retenido, usaremos las fresas quirúrgicas (instrumental de elección) de los Números 4 ó 5, con los cuales, se hacen orificios en el hueso palatino, a una distancia aproximada de 3mm. entre uno y otro, alrededor de la corona del diente retenido, cuidando de no lastimar las raíces de los -- dientes vecinos, lo cual lo podremos observar en nuestras -- radiografías pre-operatorias, que dan la posición exacta del diente (Figura 2-A). Se hacen las perforaciones necesarias, de acuerdo al tamaño de la corona (Figuras 1-C y 2-B).

Se recuerda que el uso de fresas quirúrgicas requiere de una irrigación con suero fisiológico por ejemplo, para evitar el sobre-calentamiento, así como el embotado de la fresa por res -- tos óseos. Una recomendación pertinente, es que el ayudante, en todo momento, deberá estar limpiando el campo operatorio -- preferentemente con aspirador quirúrgico y con gasas, eliminan -- do toda posible interferencia en la visibilidad del Cirujano. Una vez hechas las perforaciones, habrá que unir las, ya sea -- por medio de una fresa de fisura quirúrgica fina, o bien con

cincel y martillo finos también para que, posteriormente se elimine la tapa ósea que cubre la corona (Figuras 1 D y 2 - C,D).

Es importante especificar la cantidad de hueso a eliminarse, ya que debe quedar ampliamente descubierta toda la corona -- del diente retenido y parte de su raíz. Haciendo una pequeña aclaración, cabe decir que el principal obstáculo en la extracción del canino retenido está en su corona y no en su raíz. La osteotomía debe descubrir toda la corona, especialmente a nivel de la cúspide del diente retenido y tener una anchura que sobrepase ligeramente el diámetro mayor de la corona, para que ésta pueda ser eliminada de la cavidad -- ósea sin provocar traumatismos innecesarios.

También la eliminación de hueso estará en relación a la inclinación mayor o menor del canino, ya que generalmente es suficiente con la eliminación del hueso que recubre el tercio cervical de la raíz.

Otro factor que interviene, es el tipo de técnica utilizada así tenemos que en la extracción del canino retenido por odontosección, la osteotomía es mucho menor. (Fig. 2).

d) Extracción propiamente dicha

Una vez realizada la osteotomía, hay que considerar el objeto principal de la intervención, o sea, la extracción del diente retenido.

Esta parte de la operación exige criterio y habilidad para no lesionar los dientes vecinos, así como tampoco fracturar las -

paredes óseas

El procedimiento consiste en eliminar un cuerpo duro inextensible (diente retenido) de un elemento también duro e inextensible (hueso).

Este tipo de maniobras exigen necesariamente el uso de palancas, las cuales tendrán apoyo en las porciones de hueso sólido (es decir por la cara interna).

Sin embargo, dichas maniobras pueden requerir de un gran esfuerzo por parte del Cirujano, aparte de las consiguientes molestias que se puedan ocasionar al hueso alveolar más delgado y frágil.

Para evitar tales contingencias, o sea, para facilitar la operación, se pueden usar dos formas para ello:

- 1o. Aumentar el tamaño de la ventana ósea lo que significa un sacrificio inútil de tejido óseo.
- 2o. Seccionar el diente, y hacer la extracción en pedazos, siendo esta técnica sencilla rápida y sobre todo menos traumática.

Los conceptos anteriores podrán ser aplicados para dientes -- retenidos en posición horizontal, ahora bien, los dientes retenidos, cuya posición esté aproximadamente en forma vertical presentan mayor dificultad para su seccionamiento. En la posición que presentan es más sencillo crear un espacio alrededor de la corona, por medio de fresas, siempre y cuando la -- cúspide no se encuentra adosada al hueso, para que así, se -- pueda introducir un elevador recto, entre la pared ósea y el diente, dando un cierto movimiento rotatorio al instrumento,

de tal manera que se produzca en el diente cierta luxación. La extracción en tales casos se termina tomando el diente a nivel de cuello con unas pinzas para premolares superiores, ejerciendo suaves movimientos de rotación y tracción en dirección del eje del diente (Fig. 1-E).

Las dificultades que se pueden presentar es que haya dilatación radicular, que en caso de fracturarse, su extracción es sumamente difícil.

En lo que toca a la Odontosección, puede ser realizada por medio de fresas quirúrgicas o con cincel.

Al hacer la odontosección con fresas, es necesario que haya una perfecta visibilidad. Esta operación es sencilla. El corte se hará a nivel de la unión cemento esmalte, usándose fresas del No. 702 0 560 en dirección perpendicular al eje mayor del diente. Al hacer la extracción de la corona, es recomendable hacer un surco en la porción radicular, para que se facilite su extracción con un elevador de bandera.

La odontosección por medio del cincel manual es sumamente traumática y difícilmente se secciona el diente. Con cincel automático se puede reducir notablemente el trauma, pero aún así es preferible el uso de fresas.

La extracción de la corona seccionada, como anteriormente se mencionó, se hará por medio de un elevador angulado o de bandera, efectuando un movimiento de palanca con punto de apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento (Fig. 2-F).

Eliminada la corona, hay espacio suficiente para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea recién formada.

Para la eliminación se puede usar un botador angulado o apical para extraer la raíz. También en caso necesario, se podrá hacer por medio de fresa, un orificio o surco, que servirá para poder introducir un elevador de bandera, el cual hará palanca también con los bordes óseos.

En el caso de que llegara a fracturarse el tercio apical debido a una dilaceración, es conveniente hacer una nueva sección de la raíz, y extraer el ápice con un elevador apical angulado, para poder eliminar la porción radicular. (Fig. 2 G y H.).

e) Tratamiento de la Cavidad Ósea

Una vez que ha sido extraído totalmente el diente retenido, se tendrá que hacer una cuidadosa inspección de la cavidad ósea, esto es, eliminar posibles esquirlas óseas de diente.

La acción más importante es la eliminación del saco pericoronario, el cual puede ser causante de trastornos infeciosos y tumorales. La extirpación de dicho saco, la haremos con una cucharilla filosa, raspando contra las paredes de la cavidad ósea. En algunos casos es recomendable hacer aplicaciones tópicas de alguna sustancia antiséptica (v.gr. tintura de merthiolate, yodo, violeta de genciana, etc.).

f) Sutura

Así como la incisión es el paso preliminar en toda técnica quirúrgica, la sutura es su complemento. Una buena sutura pro-

porcionará una buena evolución y una buena cicatrización.

La sutura tiene por objeto reconstruir los planos incididos para favorecer la cicatrización, por lo tanto debe reunir algunos requisitos indispensables para que pueda ser considerada como sutura adecuada.

1o.- Que una tejidos de la misma naturaleza, esto es, que la sutura hecha por planos, reconstruya los distintos elementos anatómicos.

2o.- Que la unión de dichos planos sea perfecta para no dejar espacios muertos que favorezcan el desarrollo de gérmenes.

3o.- Emplear la clase de sutura y el material adecuado para la finalidad a que está destinada.

4o.- Finalmente, la sutura se efectuará en una herida limpia, desprovista de coágulos, tejidos esfacelados o desprendidos en sus bordes y con una perfecta y definitiva hemostasis.

En los caninos unilaterales, generalmente un punto de sutura es suficiente, y se coloca a nivel del espacio dejado.

En otros casos será necesario suturar las diversas incisiones efectuadas, con el fin de dar mayor firmeza al colgajo depositado nuevamente en su lugar (Figuras 1- F y 2 - 1).

Terminada la operación, se coloca un trazo de gaza en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa.

CAPITULO III

TECNICA PARA LA EXTRACCION DEL CANINO RETENIDO POR VIA VESTIBULAR.

Como anteriormente se mencionó, la extracción de los caninos retenidos por vía vestibular es más sencilla que la palatina esto es debido a que la vía de acceso, así como la visibilidad e iluminación al diente son más fáciles, directos y adecuados.

Lógicamente esta vía es la elección cuando el canino retenido se encuentra en posición próxima a vestibular, o bien, se pueda tener acceso al diente retenido por esta vía cuando se encuentre una zona desdentada, ya sea parcial o total.

Una vez aplicada la anestesia y colocando al paciente de tal manera que nuestro campo operatorio quede a un nivel cómodo y de fácil acceso, podremos entrar de lleno a la operación - propiamente dicha.

TECNICA OPERATORIA

Incisión

La incisión para la extracción del canino retenido por vía vestibular, puede variar de acuerdo a la posición de éste en relación con dientes vecinos y con el tamaño del espacio desdentado.

a) Incisión en Angulo

Este tipo de incisión la podremos usar cuando la posición del canino retenido sea oblicua u horizontal, y tiene una direc-

ción ligera antero-posterior y su ápice se dirige hacia arriba. Aunque su realización es sencilla presenta los siguientes inconvenientes: nos da una visibilidad defectuosa de nuestro campo operatorio. Además que, al reponer el colgajo en su sitio, coincide con la cavidad ósea que formamos en la operación. Si recordamos los requisitos básicos para un buen colgajo, sabemos que su base deberá ser amplia, para tener mayor irrigación sanguínea; deberán evitarse los cortes terminados en ángulos rectos, ya que estas zonas se pueden necrosar. Otro requisito esencial, es que el colgajo, una vez vuelto a su lugar, deberá estar siempre apoyado sobre hueso sano, y principalmente, la mayor porción de dicho colgajo, deberá de estar soportado en tejido óseo convenientemente irrigado por vasos sanguíneos.

Además, los calgajos suturados sin soporte óseo adecuado, se retraen y en un momento dado se pueden desprender o romper los puntos de sutura.

b) Incisión de Partsch

Tiene la forma de arco (o incisión semi-lunar) y su extensión deberá de ir más allá del sitio en que se hará la intervención para darnos posteriormente un buen soporte óseo.

c) Incisión de Neumann

Esta es la incisión más práctica. Se efectúa una incisión a nivel del 2o. premolar se dirige hacia abajo y delante hasta el borde libre de la encía, continúa siguiendo el borde gingival hasta el lado mesial del incisivo lateral; desde ahí se dirige hacia arriba para terminar a la altura del tercio apical de la raíz del incisivo central.

Este tipo de incisión nos brinda un amplio campo de visibilidad y nos facilita sobremanera la intervención (Fig. 3-B).

2.- Desprendimiento del Colgajo

Como en otro tipo de colgajos, se desprende con un instrumento romo, con una espátula de Freer o con el periostotómo.

Hay que evitar maltratos que repercutan sobre la vitalidad del tejido gingival.

3.- Osteotomía

Como en el caso palatino, se puede realizar con cincel manual o automático o bien con fresas, siendo estas últimas las de elección. Se hacen perforaciones siguiendo el contorno de la corona. Se recuerda que el hueso ofrece mucha menor resistencia ya que la tabla externa es más delgada que en el hueso del paladar. Inclusive algunas veces, la corona podrá estar parcialmente expuesta lo que facilitará la eliminación ósea.

La cantidad de hueso a eliminar estará dada por la técnica que se piensa seguir. Además es conveniente tener precaución al hacer la eliminación por medio de cincel manual, ya que, como dijo, el hueso es mucho más frágil y pueden fracturarse zonas aledañas. También es conveniente recordar la cercanía de las cavidades tanto nasal como del seno maxilar. (Fig. 3 A).

4.- Extracción propiamente dicha.

Una vez retirada la capa ósea, su extracción se puede hacer completa. Para tal efecto se usará un elevador recto o bien

uno angulado para luxar el diente introduciendo el instrumento entre el hueso y el diente retenido, con apoyo siempre en hueso firme. Luxado el diente se toma con una pinza recta y se extrae.

En otro caso, la ausencia del incisivo lateral, del primer premolar, de ambos dientes, o aún en presencia de ellos, para hacer la extracción del canino retenido será necesario hacerla por la técnica de seccionamiento.

La odontosección se realiza con fresa de fisura a nivel del cuello (Figura 3-C y D)

La corona se extrae con un elevador recto o angulado.

Para la extracción de la porción radicular, como en la técnica palatina se hace una perforación en la raíz, para después se desplace con un elevador angulado (Figura 3-E y F).

Algunas veces puede ser necesaria una nueva sección de la porción radicular, cuando al dirigirla hacia adelante, no es suficiente el espacio abierto en el hueso para su extracción.

5.- Limpieza de la Cavidad Ósea

Se inspecciona la cavidad ósea por medio de una cucharilla filosa; se extirpa el saco pericoronario y los restos óseos o dentarios.

Los bordes óseos se eliminan con osteotómo y se liman con lima para hueso.

6.- Sutura

Dos o tres puntos de sutura complementan la operación una vez adosado el colgajo a su posición original.

Los distintos tipos de retenciones vestibulares y palatinas pueden operarse siguiendo las normas señaladas, con ligeras variantes que presente cada caso en particular.

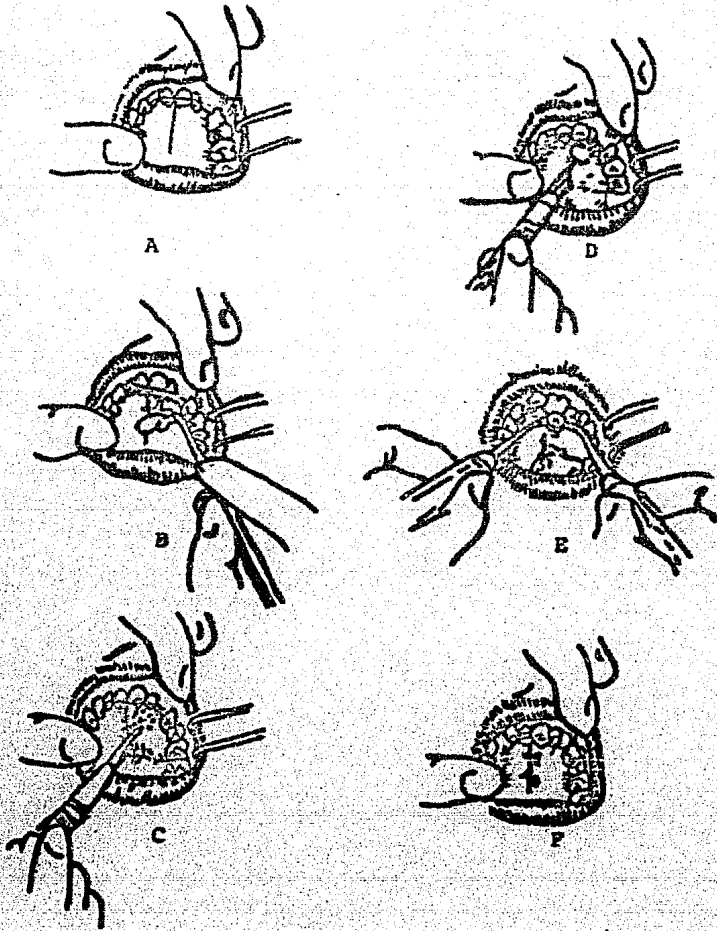


FIG. 1

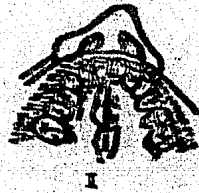
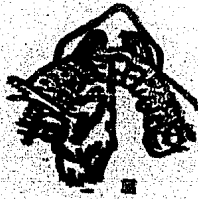
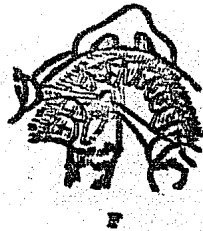
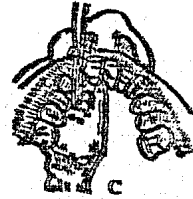
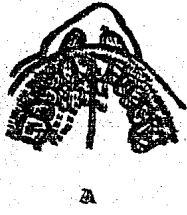


FIG. 2

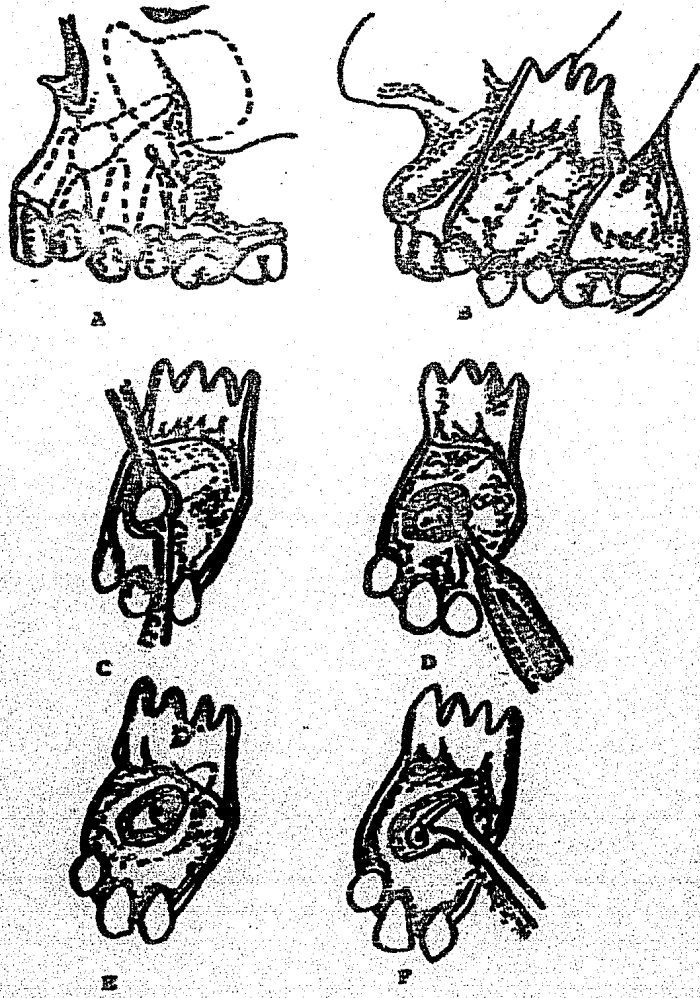


FIG. 3

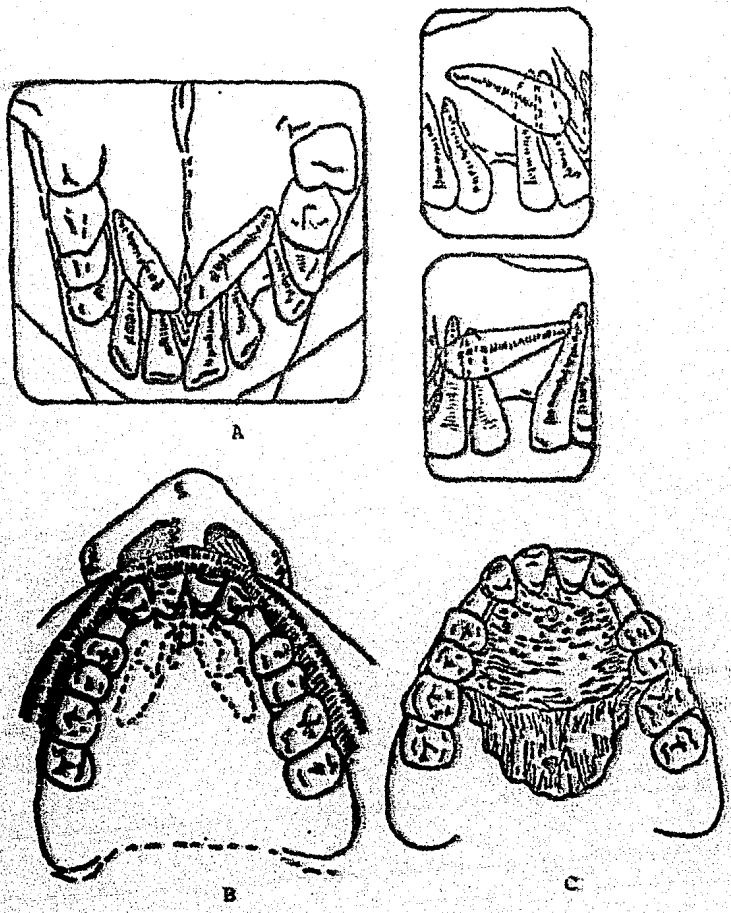


FIG. 4

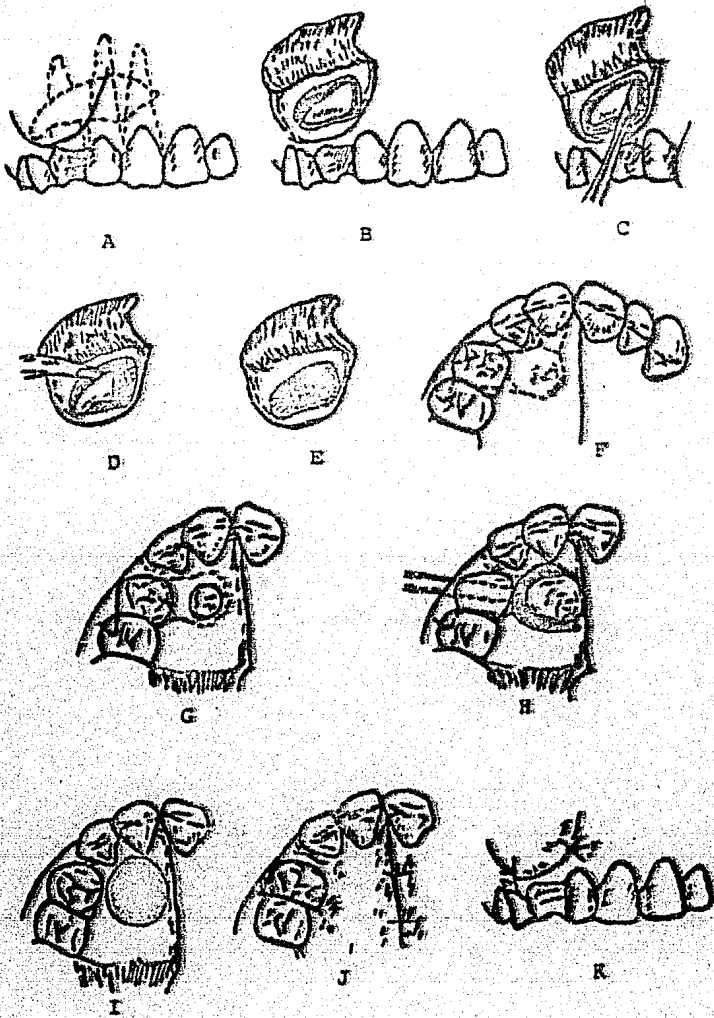


FIG. 5

CUARTA PARTE

CAPITULO I

CASOS ESPECIALES

En el capítulo anterior hablamos de la retención de los caninos en palatino y vestibular.

Ahora trataremos brevemente los siguientes casos:

EXTRACCION SIMULTANEA DE LOS CANINOS RETENIDOS Y DIENTES DE LA ARCADA.

Se presenta el caso de tener que extraer un canino retenido y los dientes de la arcada, por ser éstos portadores de complicaciones de caries o paradentosis que indique la necesidad de la exodoncia.

La extracción simultánea del canino y de los otros dientes puede estar indicada en algunos casos y contraindicada en otros.

Extrayendo primero los dientes de la arcada, la porción alveolar queda así sumamente debilitada y la presión ejercida por los elevadores sobre el diente retenido puede fracturar grandes extensiones de hueso alveolar.

La indicación para la extracción simultánea está dada en los casos en que el canino se haya relativamente cerca de la tabla ósea de la bóveda y a condición de que el canino sea seccionado las veces que lo necesite, para disminuir los riesgos de la operación. Los caninos profundamente retenidos deben ser intervenidos en distintos tiempos:

Antes que los dientes de la arcada, cuando se dispone de un proceso alveolar de escasas proporciones y dientes grandes, es decir, porción

alveolar debilitada: se extraerá el canino después de un tiempo prudente, hasta que la regeneración ósea haya llenado la cavidad creada por la operación, se eliminarán los dientes de la arcada.

EXTRACCION DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS

La vía de elección para la extracción de caninos en maxilares sin dientes es la vestibular porque la ausencia de dientes facilita el problema en estos casos a no ser los colocados muy profundamente, lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda. Para éstos últimos el camino más corto es la extracción por vía palatina.

Para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada, deben preverse los riesgos de fractura de porciones de la tabla vestibular, lo cual acarrearía trastornos -- posteriores, desde el punto de vista protésico.

El preferible seccionar el diente, que ejercer presiones peligrosas.

CAPITULO II

COMPLICACIONES

Los accidentes durante la extracción dentaria son múltiples y distintos como pueden ser:

1. Puede ser en el momento de la anestesia
2. Durante la extracción

Accidentes que se presentan al anestesiar son:

- a) Accidentes Inmediatos
- b) Accidentes Mediatos

ACCIDENTES INMEDIATOS

- Dolor. Al realizar una inyección, la aguja puede tocar un nervio, originándose por este motivo dolor de distinta índole, intensidad localización o irradiación, el dolor puede persistir horas o días.
- Lipotimia, Síncope. El accidente es neurogénico, siendo el miedo la causa originaria.
- Rotura de la aguja de inyección. Es raro en la práctica pero para evitarlo debemos de tener ciertas medidas de precaución como agujas nuevas, no oxidadas, de un buen material.
- Hematoma. Esta complicación no es muy frecuente, porque los vasos se desplazan y no son puncionados. Este accidente es común en las inyecciones a nivel de agujeros infraorbitarios o mentoniano, sobre todo si la aguja se introduce en el conducto óseo. El derrame sanguíneo es instantáneo, y tarda varios días para su resolución.

- Parálisis facial. Este accidente ocurre en la anestesia troncular del dentario inferior, cuando se ha llevado - la aguja por detrás del borde parotídeo del hueso, inyectando la solución en la glándula parótida. Tiene todos los síntomas de la parálisis.
- Isquemia de la piel en la cara. Está originada por la -- penetración y transporte de la solución anestésica con adrenalina, en la luz de una vena, y se nota sobre todo en la piel de la cara del paciente, zonas de intensa -- palides, debido a la isquemias sobre esta región.
- Inyección de las soluciones anestésicas en órganos veci nos. No es común. El líquido puede inyectarse en las fosas nasales, durante la anestesia del nervio maxilar superior; no origina problemas. La inyección en la órbita, durante la anestesia de los nervios dentarios anteriores o maxilar superior, puede acarrear diplopía, exoforia la inyección a través del agujero oval en la cavidad craneana, en la anestesia del trigémino es un accidente serio.

ACCIDENTES MEDIATOS

- Persistencia de la anestesia. Después de la inyección del dentario inferior, puede ocurrir en la anestesia se prolongue por varios días, semanas y meses.
Esto se debe cuando no es de origen quirúrgico, al desgarrro del nervio por agujas con rebabas etc.
- Infección en el lugar de la punción. Las inyecciones en - la mucosas bucal pueden acompañarse de procesos infecciosos a su nivel, falta de esterilización de la aguja. La -

inyección es la espina de Spix, ocasiona serios abscesos y flemones, presenta fiebre, trismus y dolor.

Dolor. Puede seguir el dolor en el lugar de la punción; este fenómeno se observa en la anestesia troncular del dentario inferior o por desgarras o lesión del periostio de la cara interna maxilar.

TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LOS ACCIDENTES RESPIRATORIOS Y CARDIACOS.

Frente a un accidentado se debe proceder con rapidez y tranquilidad, con las siguientes indicaciones:

- Actuar en el mismo lugar del accidente (Sólo movilizar al paciente para colocarlo en el suelo y boca arriba).
 - Abrir el canal respiratorio (Esto se consigue llevando la cabeza hacia atrás con este movimiento, la lengua se eleva, lo cual permite que el aire entre y salga sin dificultad. Muchas personas, al efectuarles esta maniobra, comienzan a respirar por sí solas)
 - Restablecer la respiración; esto se puede saber, observando el tórax, movimientos de entrada y salida de aire. Cuando es capaz de respirar por sí sola, comience a llenar de aire sus pulmones mediante la respiración, boca a boca.
- a) Coloque al accidentado en el suelo boca arriba
 - b) Llevar la cabeza hacia atrás
 - c) Abra la boca del paciente y tápele la nariz con su mejilla o con sus dedos.
 - d) Respire profundamente y cubra la boca del accidentado con su boca.
 - e) Sople con fuerza en el adulto y suavemente en el niño.

f) Observe el pecho: cuando éste se eleve, retire la boca y el aire saldrá espontáneamente.

g) Sople nuevamente, retire la boca y así sucesivamente, de 10 a 15 veces por minuto.

- Restaurar la circulación (en el caso de que el corazón es te detenido). Para comprobar el paro cardíaco, debe apoyarse el oído a nivel de la tetilla izquierda, donde se escuchan los latidos cardíacos.

En el paciente en el cual se observa ausencia de latidos y agrandamiento de pupila se comienza inmediatamente de la siguiente manera:

a)Cóloque al accidentado en el suelo y boca arriba

Arrodílese junto al cuerpo

b)Apoye el talón de una de sus manos, sobre la parte inferior del esternón.

c)La otra mano se coloca sobre la anterior, manteniendo los brazos extendidos.

d)Con todo el peso de su cuerpo comprima el tórax de la víctima 4 o 5 veces por minuto, deprimiendo el torax 4 o 5 centímetros.

- En los casos, donde hay que realizar simultáneamente, las dos reanimaciones las maniobras varían según sean una o dos personas que o practiquen.

Si son dos las personas que actúan mientras una practica la respiración artificial, boca a boca, la otra realiza la compresión cardíaca externa; con el siguiente ritmo por cada respiración, hacer cinco compresiones cardíacas.

Si es una sola la persona que debe realizar la reanimación

debe ajustarse al siguiente plan: haga respirar al accidentado 3 veces y comprima el tórax 15 veces:

continuar con las maniobras de reanimación, hasta que se restituyan las funciones vitales.

ACCIDENTES DURANTE LA EXTRACCION

Estos se clasifican de la siguiente manera:

Accidentes mecánicos . Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir transtornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

a) Transtornos sobre la colocación normal de los dientes. El trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de "desinclusión" produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos.

b) Transtornos sobre la integridad anatómica del diente. Por la presión que el diente retenido y su saco dentario tienen - sobre el diente vecino, tenemos como consecuencia alteraciones en el cemento, dentina y pulpa.

c) Transtornos "protéticos". Se denomina así a los transtornos de índole protética que originan en múltiples ocasiones los dientes retenidos.

ACCIDENTES INFECCIOSOS

Estos accidentes están dados, en los dientes retenidos, por la infección de su saco paracoronario. Esta infección es por distintas causas.

a) Al erupcionar el diente retenido su saco se abre al ponerse en contacto con el medio bucal.

b) El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino.

c) La infección del saco puede originarse por la vía hématica.

ACCIDENTES NERVIOSOS

Son bastantes frecuentes este tipo de accidentes. La presión que ejerce el diente retenido sobre los dientes o nervios o troncos mayores, esto tiene como consecuencia algias de intensidad (Neuralgia del trigémino).

ACCIDENTES TUMORALES

Quistes dentígeros. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, ya que el quiste en su crecimiento rechaza centrífugamente el diente originador.

CAPITULO III

EL POSTOPERATORIO

Es el conjunto de métodos, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención.

El postoperatorio es muy importante para el Cirujano Dentista. Tanto es así que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, pueden modificar y -- aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Mencionaremos varios pasos que son importantes en el postoperatorio.

HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL

En la parte operada de la cavidad bucal será irrigada con una solución tibia como suero fisiológico o agua bidestilada que limpiará y eliminará sangre, saliva, restos etc. Estos elementos extraños entran en putrefacción y aumentan la riqueza de la flora microbiana bucal.

El paciente en su domicilio, constituido ya el coágulo, hará lavajes suaves de su boca, cuatro horas después de la operación con una solución antiséptica cualquiera.

FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA

Se ha preconizado el empleo de agentes físicos para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal.

Frio Lo utilizamos con mucha frecuencia en el tratamiento postoperatorio.

Aconsejamos bolsas con hielo o toallas mojadas en agua helada que se colocan sobre la cara, frente al sitio de la -- intervención.

El papel que desempeña el frío, es múltiple, evita la conges tión y el dolor postoperatorio, previene las hematomas y las hemorragias, disminuye y delimita los edemas postoperatorios. El frío se usa por un período de quince minutos, seguidos de períodos iguales de descanso, y durante no más de los primeros tres días.

Calor. Sólo lo empleamos para madurar los procesos flogísti cos y ayudar a la formación del pús después del tercer día -- puede aplicarse para disminuir las alveolagias y dolores pos toperatorios. La terapéutica por el calor tiene resultados -- muy buenos ya que el odontólogo ha preconizado, consistente en buches calientes y compresas frías al exterior o viceversa.

Cuidados de la herida. Las heridas en la cavidad bucal no ne-- cesitan terapéutica. La naturaleza la provee las condiciones -- suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida.

Por lo general el alvéolo que sangra y se llena con un coágu-- lo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores. Después del segundo día, la herida será suavemente irrigada -- con suero fisiológico tibio o con solución alcohólica de fenol. Si hay que extraer los puntos de sutura, esto se hará al 4 o 5 día.

Extracción de los puntos de sutura.

La técnica es la siguiente ;

Se pasa sobre el hilo a extraerse un algodón embebido en tintura de yodo o de merthiolate con el objeto de desinfectar la parte del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentra infectado.

Se toma con una pinza de disección un extremo del nudo y con las tijeras cortamos el hilo de esta manera se eliminan los puntos de sutura, procurando no lastimar la encía no entre abrir los labios de la herida.

Tratamiento general del paciente. El tratamiento se refiere a la vigilancia del pulso, la tensión arterial y las medidas terapéuticas de orden general de las complicaciones postoperatorios.

Instrucciones para el paciente. Antes de despedir al paciente deben dársele instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio, tratamiento postoperatorio, enjuagatorios, alimentación, tratamiento médico.

Estas instrucciones deben darse por escrito para evitar dudas.

CONCLUSIONES

- 1.- Se denomina canino retenido aquel diente que queda atrapado en el maxilar superior conservando sus elementos coronarios.
- 2.- El canino retenido ocupa el tercer lugar de retención en los maxilares.
- 3.- Las razones de la retención tienen una etiología variada por razones embriológicas, obstáculos mecánicos y causas generales.
- 4.- Para el Cirujano Dentista es muy importante la historia clínica, ya que por medio de esta llegamos a un diagnóstico.
- 5.- La anestesia es muy importante por tratarse de procedimientos largos y molestos.
- 6.- La retención puede ser intraósea o retención subgigival.
- 7.- La radiografía es muy importante para saber en que posición se encuentra el canino y relaciones con los otros dientes y el seno maxilar.
- 8.- Es muy importante, que técnicas de extracción vamos a elegir, esto depende de la posición de canino palatina o vestibular.
- 9.- Los accidentes durante la extracción dentaria son múltiples y distintos como pueden ser en el momento de la anestesia o durante la extracción.
- 10.- El posoperatorio es muy importante para el cirujano dentista tanto es así, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, pueden modi-

ficar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

- 11- Es importante darles instrucciones al paciente respecto al cuidado que debe de tener en su domicilio, estas instrucciones se le deben de dar por escrito para evitar dudas.

BIBLIOGRAFIA

CIRUJIA BUCAL PRACTICA

Daniel E. Waite

Editorial Continental

Primera Edición en Español 1978

CIRUGIA BUCAL

Guillermo A. Ries Centeno

Editorial El Ateneo VIII Edición

Buenos Aires (Argentina)

ANATOMIA

Ernest Gardner, M.D.

Donald J. Gray M.S., Ph.D.

Bonan Ó Rahilly, M.S.c., M.D.

Editorial Salvat Mexicana III Edición

TRATADO DE CIRUGIA ORAL

Walter C. Guralnick D.M.D.

Editorial Salvat Editores, S.A. 1971

MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA

Astra 1969

ANATOMIA DENTAL

Rafael Esponda Vila

Universidad Nacional Autónoma de México

ANATOMIA DENTAL

Moses Diamond, D.D.S.

Editorial Uteha segunda edición 1978