



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CANINOS SUPERIORES RETENIDOS,
ACCIDENTES, TRATAMIENTOS Y
EXTIRPACION QUIRURGICA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
JOSE ESQUIVEL DOMINGUEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA.

1983



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION

- I.- ETIOLOGIA DE CANINOS RETENIDOS SUPERIORES
- II.- CLASIFICACION Y LOCALIZACION DE LOS CANINOS RETENIDOS SUPERIORES
- III.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR CIRUGIA DE CANINOS RETENIDOS SUPERIORES
- IV.- PREOPERATORIO
- V.- TRANSOPERATORIO
- VI.- INSTRUMENTAL Y ASEPSIA
- VII.- TECNICAS QUIRURGICAS PARA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS EN POSICION PALATINA, VESTIBULAR Y BILATERALES.
- VIII.- EXTRACCION SIMULTANEA DE CANINOS RETENIDOS SUPERIORES Y DIENTES DE LA ARCADA
- IX.- LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS EN MAXILARES SUPERIORES DESDENTADOS
- X.- TRATAMIENTO POST-OPERATORIO
- XI.- ACCIDENTES Y TRATAMIENTO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

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

La Cirugía (trabajo de mano) o Terapéutica Quirúrgica (cuidar o curar con trabajo de mano) rama de la Medicina, es como ella, ciencia y arte, que para el logro de sus fines, - utiliza todos los elementos puestos a su alcance, por el adelanto científico progresivo.

La Cirugía Bucal es eminentemente cavitaria, por la - exiguidad del campo donde se tiene que intervenir, exige una iluminación particular, un instrumental apropiado y técnicas en consonancia con la pequeñez del espacio donde deben realizarse las operaciones.

La práctica y el ejercicio de la Odontología, en todas sus ramas, da al profesional la agilidad manual' necesaria para abordar los problemas de la Cirugía Bucal.

1.- ETIOLOGIA DE CANINOS RETENIDOS SUPERIORES

CAPITULO I

ETIOLOGIA DE CANINOS RETENIDOS SUPERIORES

DEFINICION

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

ETIOLOGIA

Las causas de la impactación de los caninos superiores se dividen en Locales y Sistémicos.

Factores Locales:

- 1.- Irregularidad en la posición y presión de un diente.
- 2.- Densidad del tejido óseo que lo cubre.
- 3.- Inflamaciones crónicas.
- 4.- Membrana mucosa muy densa.
- 5.- Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.
- 6.- Indebida retención de los dientes primarios.
- 7.- Pérdida prematura de la dentición primaria.
- 8.- Enfermedades adquiridas, como necrosis debida a infección o abscesos.
- 9.- Cambios inflamatorios en el tejido óseo por enfermedades exantemáticas.
- 10.- Los huesos del paladar duro ofrecen mayor resistencia que el hueso alveolar a la erupción de los caninos mal ubicados hacia palatino.

- 11.- La erupción de los caninos está disminuida porque su raíz se haya más formada en el momento de la erupción que la de cualquier otro diente permanente.
- 12.- Cuanto mayor sea la distancia que un diente debe recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, tanto mayores son las posibilidades de que se desvie su curso normal y se produzca la retención consiguiente. El canino, es el que recorre la mayor distancia para la oclusión completa.
- 13.- Reabsorción retardada de las raíces de los caninos primarios.
- 14.- Los caninos son los últimos dientes en erupcionar, por lo cual están expuestos a las influencias ambientales desfavorables.
- 15.- Los caninos erupcionan entre dientes que ya están en oclusión y entran en competencia por el espacio, con los segundos molares, generalmente en erupción.
- 16.- El canino está recedido por un canino primario cuyo diámetro mesio-distal es mucho menor que el definitivo.

Por consecuencia, el canino es el segundo en frecuencia de los dientes retenidos con un 34% de casos.

Factores Sistémicos:

Las retenciones se encuentran a veces donde no existen condiciones locales presentes. En estos casos existen:

A.- Causas Prenatales

- 1.- Herencia.
- 2.- Mezcla de razas.

B.- Causas Postnatales

Todas las causas pueden interferir en el desarrollo del niño, como:

- 1.- Raquitismo

Enfermedad ósea metabólica que resulta de una inadecuada absorción de calcio o vitamina D o ambos.

El defectuoso depósito de sales de calcio en lugares de formación del hueso, produce defectos en los maxilares y en dientes de los niños.

Los dientes que en el momento del raquitismo se encuentran en estado de formación, serán afectados por la enfermedad.

Ya que el raquitismo se presenta generalmente entre los 6 y 24 meses de edad, los más afectados suelen ser los incisivos y, a veces, los caninos.

Los defectos hipoplásicos pueden ser coronas anormalmente pequeñas y de forma alterada que a su vez, contribuyen a un anormal espaciamiento entre los dientes.

2.- Anemia

3.- Sífilis congénita

Es una enfermedad general crónica infecciosa ocasionada por el treponema pallidum.

En la Sífilis congénita la infección es transmitida por la madre al hijo antes del nacimiento o en el momento de éste. La infección tiene lugar a través de la placenta, hacia el quinto mes de embarazo.

En la sífilis congénita precoz se observan alteraciones de tipo óseo.

4.- Disendócrinas

5.- Tuberculosis

Generalmente se producen por diseminación hemat6gena a partir de lesiones pulmonares o como parte de una tuberculosis generalizada.

La penetraci6n de mycobacterium tuberculosis en los alveolos de los dientes recientemente extraidos o en tejidos blandos traumatizados.

Las lesiones tuberculosas de los maxilares tambi6n pueden presentarse en forma de osteomielitis.

**II.- CLASIFICACION Y LOCALIZACION DE LOS
CANINOS RETENIDOS SUPERIORES**

CAPITULO II

CLASIFICACION Y LOCALIZACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

De acuerdo a su nivel óseo se divide en:

- A).- Retención intraósea, cuando el diente está cubierto en su totalidad por tejido óseo.
- B).- Retención subgingival, cuando el diente retenido está cubierto únicamente por la mucosa gingival.

La clasificación de acuerdo a la dirección de su eje mayor, es:

- A).- Posición vertical.
- B).- Posición horizontal.
- C).- Posición angular.

La clasificación de acuerdo a su situación puede ser:

- A).- Unilateral.
- B).- Bilateral.

La clasificación de acuerdo a su situación en el maxilar se dividen en:

Clase I.- Canino retenido localizado en el paladar:

- A).- Horizontal.
- B).- Vertical.

C).- Semivertical.

Clase II.- Canino retenido localizado en superficie vestibular de maxilar superior:

A).- Horizontal.

B).- Vertical.

C).- Semivertical.

Clase III.- Canino retenido localizado a su vez en palatino y vestibular, la corona está en paladar y la raíz pasa entre las raíces de los dientes adyacentes terminando en ángulo agudo sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

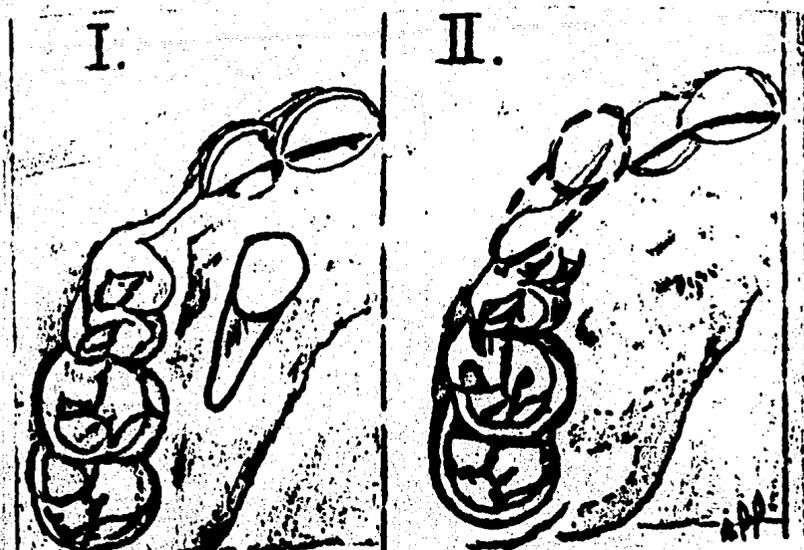
Clase IV.- Canino retenido, localizado en la apofisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar en posición vertical.

Clase V.- Caninos retenidos, localizados en un maxilar superior desdentado:

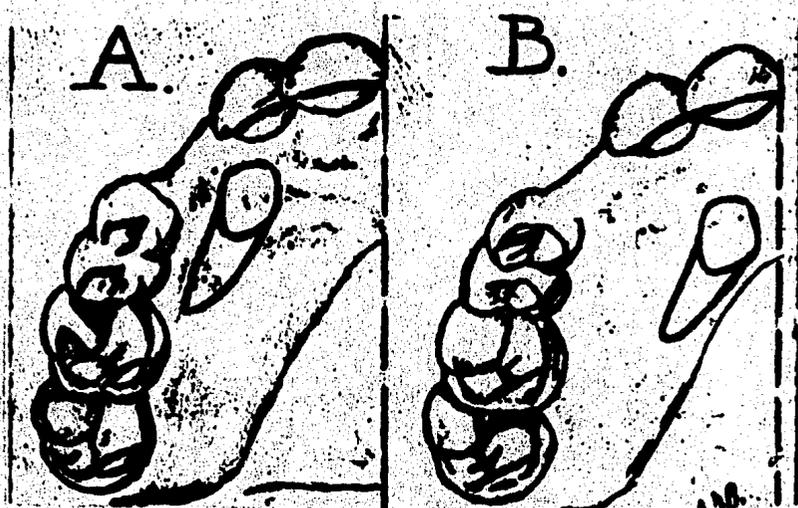
A).- ubicados en el lado palatino.

B).- Ubicados en lado vestibular.

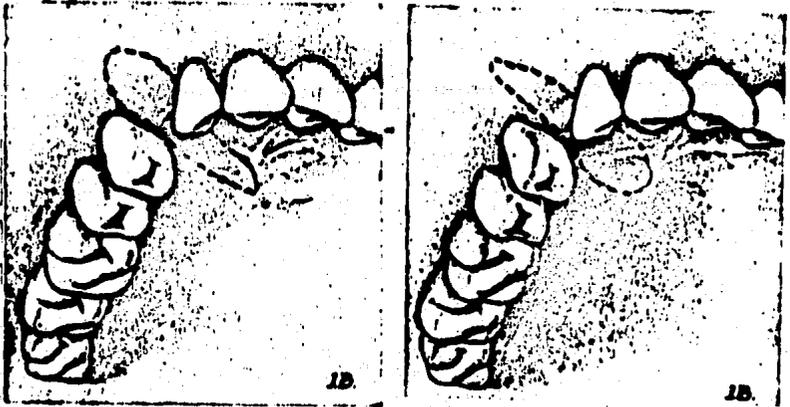
C).- Ubicados sobre la arcada dentaria.



A. Esquema de los distintos tipos de retenciones que pueden presentar los caninos superiores. I. el canino está en retención palatina; II. el canino está en retención vestibular.



B. Esquema de los tipos de retenciones de los caninos superiores en relación con la arca dentaria. A. el canino en la proximidad de la segunda; B. lejos de la segunda.



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



Retenciones de los caninos en maxilares edéntulos: a, en el vestibulo; b, sobre la arcada dentaria; c, en el lado palatino.

**III.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA
REALIZAR CIRUGIA DE CANINOS RETENIDOS
SUPERIORES**

CAPITULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR CIRUGIA DE CANINOS RETENIDOS SUPERIORES

INDICACIONES

- A).- Mal posición de los dientes contiguos, la presión ejercida por el diente interrumpido en la erupción puede causar desplazamiento o rotación de los incisivos laterales.
- B).- Resorción de las raíces de los dientes contiguos producida por la presión del diente retenido.
- C).- Caries del diente retenido o de los dientes contiguos.
- D).- Dolor, este es un sistema común asociado al diente retenido, casi siempre es del tipo neurológico referido al ojo, oído, senos maxilares, hueso frontal, cara y cabeza.

El dolor es de tipo sordo, causado por la compresión y que se irradia, pudiendo obedecer a la formación de quistes o de tumores situados cerca de la corona del diente referido, obteniéndose alivio casi inmediato con la avulsión.
- E).- Desajuste de las prótesis totales, esta hace presión sobre el tejido aumentando la circulación local y probablemente estimule esto a la erupción del diente retenido.
- F).- Infección, suele ser muy rara.

G).- Tumores o quistes dentígenos, estos se originan en los vasos foliculares que rodean las coronas de los dientes en desarrollo.

CONTRAINDICACIONES

A).- Cuando el canino puede ser llevado a posición normal por procedimientos combinados de cirugía y ortodoncia.

B).- En algunos casos especiales en que se hubiese cerrado el espacio y con la presencia de todos los dientes en posición normal o cuando ésta no cause ninguna alteración aparente, pero por regla general siempre deberá ser extraído.

IV.- PREOPERATORIO

CAPITULO IV

PREOPERATORIO

Para la realización de una intervención quirúrgica en el organismo, excepto las intervenciones de urgencia, se requiere que el organismo se prepare previamente, es decir, ponerlo en las mejores condiciones para soportar con éxito la intervención.

Las intervenciones en boca, no son la excepción a estas indicaciones, aunque por tratarse de una afección local, la preparación que requiere sea menor que las indicaciones para realizar una operación de cirugía mayor.

Esta preparación previa es la que en cirugía se llama el preoperatorio, definido por Archer como la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecerse si la operación puede realizarse sin peligro y en el caso contrario, adoptar las medidas necesarias a que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo.

Las medidas preoperatorias se clasifican en:

A).- Medidas Generales:

Las que tienen relación con el organismo en su totalidad.

B).- Medidas Locales:

Las que se efectúan en el campo operatorio antes de la intervención.

C).- La Antibioticoterapia:

Como medida preventiva antes del tratamiento quirúrgico.

A).- MEDIDAS GENERALES

Tales como:

- Historia Clínica:

La historia clínica constituye el instrumento de diagnóstico más útil y sencillo del Cirujano Dentista, el interrogatorio debe efectuarse en forma discreta y sencilla resaltando la importancia que tiene éste con relación al tratamiento que será sometido. Debe evitarse la tendencia que tienen los pacientes de ocultar enfermedades insistiendo en la importancia que tiene su estado de salud general para la anestesia y la intervención a que será sometido. Esta historia clínica incluye la declaración del padecimiento principal, la historia de la enfermedad presente y la descripción de las experiencias médicas y dentales pasadas; se empieza por Aparatos y Sistemas, como el Cardiorespiratorio, Gastrointestinal, Genitourinario, Muscular, Nervioso y Endócrino seguida por historia familiar personal y social que incluyen; ocupación, situación socioeconómica y hábitos.

Si hubiera alguna indicación de enfermedad o anomalía general, aguda o crónica, será prudente que el odontólogo consulte al médico del paciente para informarse del estado actual que guarda dicha persona.

Cuestionario Sanitario:

Un método práctico y bastante extendido es el empleo del cuestionario sanitario.

Como varias escuelas de Odontología utilizan en sus clínicas este tipo de cuestionario, hay muchos dentistas que están familiarizados con su uso.

El que presento aquí se basa en el cuestionario que aparece en Accepted Dental Remedies, publicación del Council on Dental Therapeutics de la American Dental Association. Este cuestionario aparece al final del capítulo.

Hay que tener en cuenta que un cuestionario sirve como instrumento útil en la búsqueda de información acerca de la salud y en este contexto no pretende sustituir a la historia clínica detallada y su interrogatorio será por Aparatos y Sistemas sin olvidar la cavidad bucal.

Exámenes de Laboratorio:

El odontólogo debe recurrir a las pruebas de laboratorio para comprobar su diagnóstico en ciertas enfermedades (Diabetes, Discracias sanguíneas, etc.) en las que es de vital importancia saber el grado de dificultad de la enfermedad y de esta manera poder tomar medidas pertinentes para su tratamiento, estas pruebas pueden ser:

1.- Examen de Orina

Este examen nos revelará la presencia de elementos anormales en la orina y se deducirá que tipo de padecimientos presenta y grado en que se encuentra en ese momento.

2.- Biometría hemática completa

Consiste en una serie de pruebas que suelen realizarse al mismo tiempo y cuyos resultados ayudan a conocer la respuesta general en caso de infección bucal o enfermedades generales como causa de una lesión bucal; estas pruebas comprenden:

- a) Recuento del número total de glóbulos rojos y blancos por milímetro cúbico de sangre.
- b) Fórmula Leucocitaria.
- c) Medición de hemoglobina.
- d) Tiempo de coagulación.

Esta prueba la debemos tener en cuenta en todas las intervenciones ya que son causas comunes de hemorragias en pacientes predispuestos, de ahí la necesidad de solicitar un examen completo de Hemostasia.

3.- Tiempo de Protrombina

Es la medición del tiempo necesario para que aparezca un coagulo. En un estudio preliminar para la valoración de posibles anomalías de la coagulación en pacientes con deficiencias de protrombina y factores VIII y X a consecuencia de enfermedades hepáticas, mala absorción o terapéutica con fármacos del tipo de Dicumaral (anticoagulante), el tiempo normal de protrombina se considera entre 12 y 15 segundos, aunque varía según el método de obtención. Un tiempo tres veces mayor al normal indica una tendencia hemorrágica.

Con las pruebas anteriores se está en condiciones de determinar cuando se utilizará anestesia general o local; cuando el paciente será tratado en un régimen ambulatorio, o cuando deberá ser hospitalizado.

B).- MEDIDAS LOCALES

Son las siguientes:

Estudio Clínico.

Examen Radiográfico.

Preparación del Campo Operatorio.

Estudio Clínico:

Se hace el estudio clínico del paciente con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y de procedimientos.

to de examen.

DISEÑO DE UN ESTUDIO CLINICO

- 1.- Perspectiva general del paciente (incluyendo estatura, porte, lenguaje, manos, temperatura).
- 2.- Examen de la cabeza y del cuello:
 - Tamaño y forma de la cabeza.
 - Piel y pelo.
 - Inflamación parcial y asimetría.
 - Articulación temporomandibular.
 - Oídos.
 - Ojos.
 - Nariz.
 - Cuello.
- 3.- Examen de la cavidad bucal:
 - Aliento.
 - Labios, mucosa labial y bucal.
 - Saliva.
 - Tejido gingival y espacio sublingual.
 - Paladar.
 - Faringe y Amígdalas.
 - Dientes.
- 4.- Fonación, deglución y musculatura peribucal.

Estudio Radiográfico:

El examen radiográfico está considerado como parte integrante de la Historia Clínica, siendo un método auxiliar de diagnóstico importante para el odontólogo.

Para el tratamiento de caninos superiores retenidos, y en general para cualquier otro diente con problemas, - el uso de Rayos X es de suma importancia.

Una vez llegado al diagnóstico del canino retenido, se establecerá la posición exacta que ocupa en el maxilar para encarar el problema quirúrgico. No es suficiente tomar una radiografía intraoral sólo para comprobar el diagnóstico, sino que será necesario llevar a cabo - - ciertas reglas para que nuestro estudio sea adecuado y obtengamos el máximo de beneficio de él.

Es necesario ubicar el diente según Kis, tres planos - del espacio, así como también es importante el observar el ápice y la cúspide, conocer la relación que - - guarda el diente retenido con los dientes vecinos, así como las estructuras subyacentes (fosas nasales, seno maxilar). La radiografía nos dará el tipo de tejido - óseo, densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario y existencia de procesos pericoronarios. Se debe verificar con absoluta precisión, la clase a la que pertenece el canino retenido (posición vestibular o palatina, distancia a los dientes vecinos, número de caninos retenidos) para realizar el tipo de operación necesaria (vía de acceso, incisión, etc.), ya que sólo - así evitaremos operaciones mutilantes, traumáticas y - llenas de inconvenientes.

Una buena radiografía debe mostrar:

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

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

pronunciada dilaceración.

La existencia de esta anomalía y la ubicación exacta del extremo radicular, deben ser conocidas antes de la intervención.

1.- Relación Vestíbulo-Palatina

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 comprobar este hecho, se tomarán radiografías oclusales; la colocación del cono del aparato de Rayos X deberá ser paralela a los ejes longitudinales de los incisivos, colocando dicho cono sobre el hueso Frontal del paciente. De esta manera se apreciarán los cortes del ecuador de los incisivos sin que se vea la proyección 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.

2.- Ubicación del canino en el plano sagital

Para lograr esta ubicación, la técnica a seguir se logra con la obtención de tres placas radiográficas a las que denominaremos: Anterior, Media y Posterior.

Toma Anterior: Se coloca la placa 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 tomas.

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

Obtenidas las tres placas se colocan en el negatocopio una orden de p-m-a (para el lado izquierdo) y a-m-p (lado derecho), y tendremos ubicado el diente en el plano sagital y las relaciones con órganos y dientes vecinos.

3.- Delimitación del Canino en el Plano Horizontal

Se utilizará radiografía oclusal con el rayo central perpendicular 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.

4.- Delimitación del Canino en el Plano Vertical

Se obtiene una placa extraoral, o bien oclusal, sobre la mejilla opuesta del canino retenido, dirigiendo el rayo central de manera que atravesase el maxilar en sentido horizontal e incida perpendicularmente a la placa radiográfica. Las técnicas anteriores fueron ideadas por los autores Gietz y Gravioto.

CUESTIONARIO SANITARIO

NOMBRE: _____ SEXO _____ EDAD _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____ OCUPACION _____ ESTADO _____

NOMBRE Y DIRECCION DE MI MEDICO _____

I N S T R U C C I O N E S

Si su respuesta es afirmativa, tache la palabra "SI"
Si su respuesta es negativa, tache la palabra "NO"

Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco en los casos indicados.

Las respuestas a las preguntas siguientes son únicamente para nuestro archivo y se consideran como confidenciales.

1.- ¿Padece usted algún trastorno ó alguna enfermedad? _____

SI

NO

a). ¿Ha observado alguna alteración de su salud general - durante el año pasado?

SI

NO

2.- Mi último reconocimiento físico fue en _____

3.- ¿Está en tratamiento Médico? _____

SI

NO

a). En caso afirmativo ¿Qué enfermedad padece? _____

4.- ¿Ha padecido alguna enfermedad grave? ¿Le han operado?

SI

NO

a). En caso afirmativo ¿Cuál fué la enfermedad? ¿De qué - lo operaron? _____

5.- ¿Ha sido hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad -- grave durante los últimos cinco años? _____

SI

NO

a). En caso afirmativo, ¿Cuál fué el problema? _____

6.- ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos?

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| a). Fiebre reumática o cardiopatía reumática | SI | NO |
| b). Lesiones cardiacas congénitas | SI | NO |
| c). Enfermedad cardiovascular (Trastorno cardiaco, ataque cardiaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, tensión arterial elevada, arteriosclerosis, apoplejía)..... | SI | NO |
| 1.- Nota dolor en el pecho después de -- esfuerzos? | SI | NO |
| 2.- Le falta el aliento después de un -- ejercicio moderado? | SI | NO |
| 3.- Se le hinchan los tobillos? | SI | NO |
| 4.- Tiene dificultad para respirar cuando está acostado o necesita más almohadas cuando duerme? | SI | NO |
| d). Alergias | SI | NO |
| e). Asma o fiebre del heno | SI | NO |
| f). Urticaria o erupción cutánea | SI | NO |
| g). Desvanecimientos o ataques | SI | NO |
| h). Deabetes | SI | NO |
| 1.- Tiene necesidad de orinar más de -- seis veces al día? | SI | NO |
| 2.- Tiene sensación de sed con mucha frecuencia? | SI | NO |
| 3.- Nota a menudo sensación de sequedad en la boca? | SI | NO |
| i). Hepatitis, ictericia, o enfermedad hepática | SI | NO |
| j). Artritis | SI | NO |
| k). Reumatismo inflamatorio (tumefacción dolorosa de las articulaciones) | SI | NO |
| l). Ulceras gástricas | SI | NO |
| m). Trastornos renales | SI | NO |
| n). Tuberculosis | SI | NO |

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| o). Tiene tos persistente? ¿Ha espectorado -
sangre alguna vez? | SI | NO |
| p). Hipotensión | SI | NO |
| q). Enfermedades venéreas | SI | NO |
| r). Otras enfermedades | SI | NO |
|
 | | |
| 7.- ¿Ha tenido hemorragias anormales con extrac-
ciones anteriores, intervenciones quirurgi-
cas, o traumatismo? | SI | NO |
| a). Se produce equimosis con facilidad? | SI | NO |
| b). Ha necesitado alguna vez una transfusión
sanguinea? | SI | NO |
| En caso afirmativo, explique en que cir-
cunstancias _____ | | |
|
 | | |
| 8.- Padece algún trastorno de la sangre, por ejem-
plo anemia? | SI | NO |
|
 | | |
| 9.- Le han operado o le han aplicado radioterapia
por un tumor, abultamiento o cualquier otra
alteración de la boca o de los labios? | SI | NO |
|
 | | |
| 10.- Toma algún preparado medicamentoso?
En caso afirmativo, diga cuál es? _____ | SI | NO |
|
 | | |
| 11.- Toma algunos de los preparados siguientes? | | |
| a). Antibióticos o sulfamidas | SI | NO |
| b). Anticoagulantes (para aclarar la sangre) | SI | NO |
| c). Medicamentos para la presión sanguínea --
elevada | SI | NO |
| d). Cortisona (esteroides) | SI | NO |
| e). Tranquilizantes | SI | NO |
| f). Aspirina | SI | NO |
| g). Insulina, tolbutamida (Orinase) o produc-
tos similares | SI | NO |
| h). Digital y otros preparados cardiotónicos | SI | NO |
| i). Nitroglicerina | SI | NO |
| j). Otros preparados _____ | | |

12.- ¿Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a?:

- | | | |
|----------------------------------------------------------|----|----|
| a). Anestésicos locales | SI | NO |
| b). Penicilina u otros antibióticos | SI | NO |
| c). Sulfamidas | SI | NO |
| d). Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el insomnio | SI | NO |
| e). Aspirina | SI | NO |
| f). Yodo | SI | NO |
| g). Otras sustancias _____ | | |

13.- Padece alguna enfermedad o algún trastorno - que no haya sido mencionado más arriba y que considera conveniente que yo lo sepa?

SI NO

En caso afirmativo, explique cuál es _____

14.- Tiene dolor en la boca?

SI NO

15.- Le sangran las encías?

SI NO

16.- ¿Cuándo visitó al dentista por última vez? _____

17.- ¿Qué tratamiento le dió? _____

18.- ¿Ha sufrido algún trastorno importante con ocasión de algún tratamiento dental anterior?

SI NO

En caso afirmativo, diga que ocurrió _____

MUJERES

19.- Está embarazada?

SI NO

20.- Sufre trastornos relacionados con el periodo menstrual?

SI NO

Observaciones: _____

Firma del paciente.

Fecha _____

Firma del dentista.

V. - TRANSOPERATORIO

CAPITULO V

TRANSOPERATORIO

PREPARACION DEL CAMPO OPERATORIO

Para realizar una intervención quirúrgica en la cavidad bucal, se buscará un estado de asepsia que garantice el éxito.

Los restos radiculares deberán ser extraídos con anterioridad, las gingivitis ulceronecrosantes membranosa y estomatitis que recibirán tratamiento adecuado con anterioridad.

La boca se lavará escrupulosamente antes de la intervención, con una solución de agua oxigenada o soluciones jabonosas, preparadas diluyendo el agua oxigenada en un volumen de 10 veces mayor de agua.

Hay otro tipo de lavado como colutorios y posteriormente la aplicación de tintura de merthiolate en la zona que se vaya a intervenir.

La Cirugía Bucal se compone por regla general de los siguientes pasos:

- a).- Anestesia.
- b).- Incisión.
- c).- Osteotomía.
- d).- Odontosección (en caso que se requiera).
- e).- Extracción.
- f).- Sutura.

ANESTESIA

Se pondrá cuidado al escoger el agente y la técnica anestésica de acuerdo al estado del paciente; edad y temperamento; tiempo que durará la intervención; las condiciones de la zona por intervenir, y el lugar ya sea el consultorio o el quirófano.

Un buen estudio de los factores anteriores nos llevarán la intervención al éxito.

En Cirugía hay varios tipos de anestesia:

- A).- Local.
- B).- Regional.
- C).- General.

A).- Anestesia Local:

Es evitar el dolor por medios terapéuticos de una zona determinada de la cavidad bucal, manteniéndose intacta la conciencia.

En este caso, veremos la correspondiente a la Cirugía de la Región Canino:

- a).- Infraorbitario.
- b).- Esfenopalatino.
- c).- Palatino anterior.

Bloqueo del Nervio Infraorbitario:

Para referencia principal el agujero del mismo nombre que se localiza por la palpación en la región inmediatamente abajo de la escotadura infraorbitaria, aproximadamente a un centímetro de la ala de la nariz y sacando una línea de la pupila con la vista al frente.

La punción se hará por vía intraoral o extraoral.

Bloqueo Supraperióstico, alveolar superior

El punto de punción será en el pliegue mucolabial, éste punto situado entre las raíces del canino y premolar.

Bloqueo palatino anterior

La punción se hará en el paladar a nivel de la línea media, aproximadamente a un centímetro del cuello de los incisivos centrales, anestesiándose la mucosa y periostio del paladar.

Nervio Maxilar Superior

Atravieza el agujero redondo mayor para luego penetrar en la fosa pterigomaxilar en donde se divide, y sus ramas son:

1) Nervio Orbitario: Entra en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y se divide hacia adelante pegado a la pared externa de ésta, para luego, dar dos ramas que inervan la piel de la porción anterior de la sien y las cercanías del ángulo externo del ojo.

2) Las ramas nasales posteriores: Inervan la porción posteroinferior de la mucosa de las fosas nasales. Una de éstas ramas, nervio nasopalatino, se dirige hacia adelante y abajo en el septum para luego, a través del agujero incisivo, dividirse e inervar la porción anterior del paladar duro y la región adyacente de la encía.

3) Nervio Palatino Anterior: Atravieza el conducto palatino posterior dando ramal a la mucosa del paladar duro y la porción palatina de la encía.

4) Nervio Infraorbitario: Continuación directa del nervio maxilar superior; después de atravesar la hendidura esfenomaxilar, corre en el piso de la órbita formando

do los nervios alveolares del maxilar superior y de la encia, para luego salir a través del agujero infraorbitario y dar ramas a la piel situada entre la hendidura palpebral y las ventanas nasales.

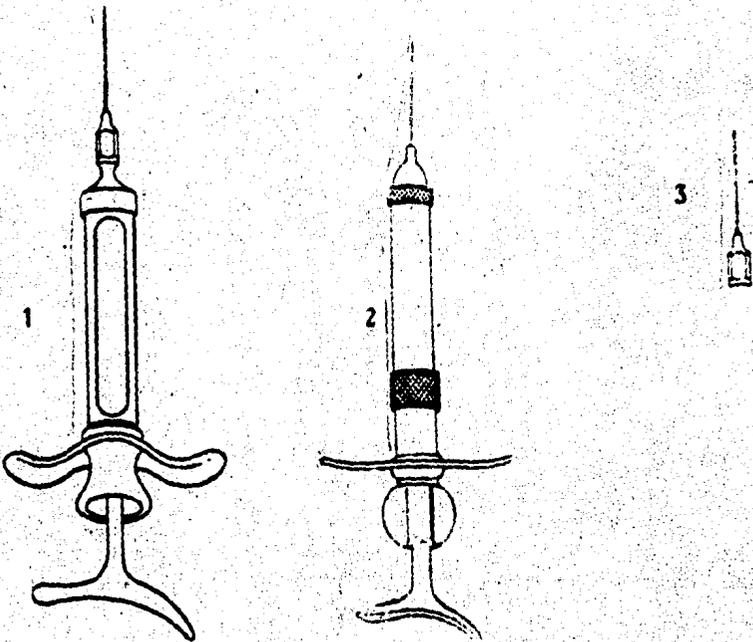
VI.- INSTRUMENTAL Y ASEPSIA

CAPITULO VI

INSTRUMENTAL Y ASEPSIA

A continuación la nomenclatura y reproducción de los mismos.

MATERIAL DE ANESTESIA

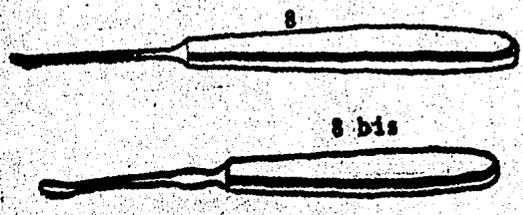
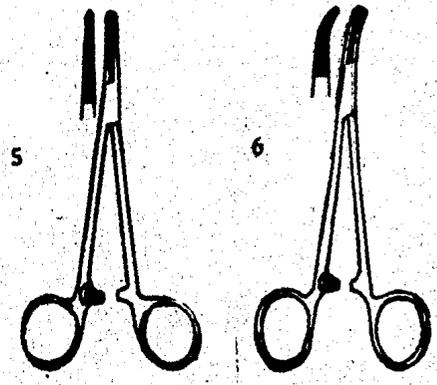
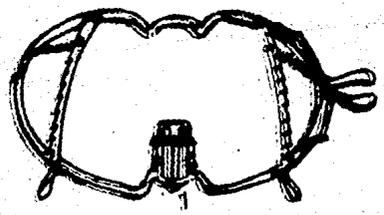
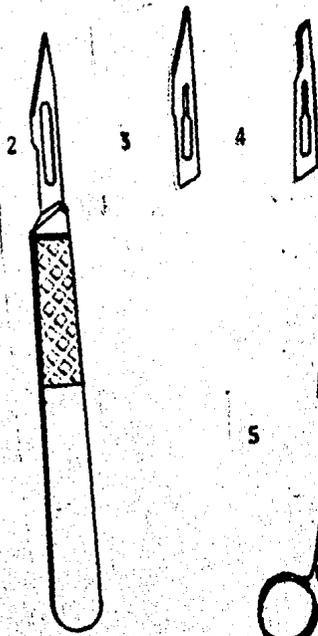


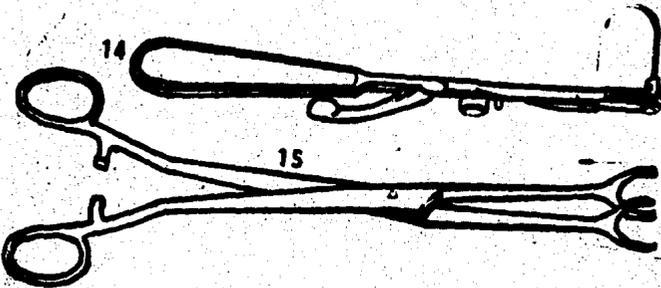
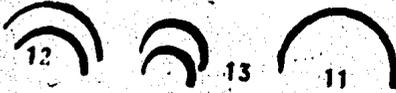
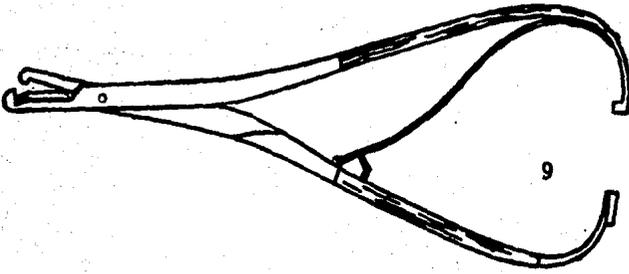
- 1.- Jeringa de anestesia dentaria, enteramente metálica, con aguja especial muy fina, pistón de pequeño diámetro, boquilla y aletas que permiten una presión muy fuerte.
- 2.- Jeringa tipo Aubin de mayor capacidad y de fácil llenado por arriba.
- 3.- Aguja especial muy fina y corta para anestésiar la región del canino retenido superior.

INSTRUMENTOS PARA PARTES BLANDAS

- 1.- Abreboca de White head-austático con o sin baja lengua para adulto
- 2.- Bisturí de hojas intercambiables tipo americano con hoja grande
- 3.- Pequeña hoja puntiaguda No. 11
- 4.- Pequeña hoja de extremidad redondeada No. 15
- 5.- Pinza hemostática fina de bocados derechos tipo Halstead
- 6.- Pinza hemostática fina de bocados curvos
- 7.- Separador-erector de Ginestet
(permite la retracción del colgajo M y reclinar el labio)
- 8.- Espátula-legra, para cirugía bucal
- 8 bis.- Espátula cortante de segura
- 9.- Porta-agujas Universal, para agujas de todas formas
- 10.- Porta-agujas de bocados finos en ramos largos de Mayo-Hegar
- 11.- Aguja de Hagedorn semicircular (No. 1 a 10)
- 12.- Agujas curvas 3/8 (25 mm), triangulares
- 13.- Agujas de semicírculo 4/8 (20 a 30 mm)
- 14.- Aguja de Pedal orientable de Ginestet

- 15.- Porta-hilo de horquilla de Camina
(presentando el hilo enlazado)
- 16.- Elevador de periostio de Mead
- 17.- Periostótomo; instrumento sumamente útil en cirugía
bucal
- 18.- Abrebocas
- 19.- Sutura 000 (con o sin aguja)







Elevador de periostio de Mead.



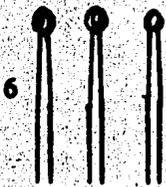
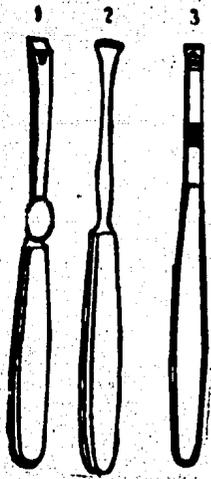
El periosteotomo; instrumento sumamente útil en cirugía bucal.



18

INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA OSEA

- 1.- Legra de Ginestet; 3 anchuras diferentes
Longitud total 0,205 (Señal)
- 2.- Legra larga, en abanico: presenta un modelo recto y un modelo ligeramente curvo sobre el plano
- 3.- Legra de Palfer - Sollier (recta y curva)
- 4.- Cinceles para hueso, de mango largo (de Ginestet);
3 modelos, largo 21 cm.
- 5.- Pinza gubia, acodada de Lombard
(Palfer - Sollier), Ligera (Cheualier)
- 6.- Fresas redondas, ligeramente lanzeoladas
(longitud 6.5 cm): los números 8,9,10 son los más
utilizados (Thomas)
- 7.- Taladro Nos. 12 y 16 de Thomas
- 8.- Gruesas fresas para caucho, de 1 a 1.2 cm de largo,
sobre 67 mm de grosor, para hueso
- 9.- Martillo
- 10.- Forceps de bocados finos No. 69



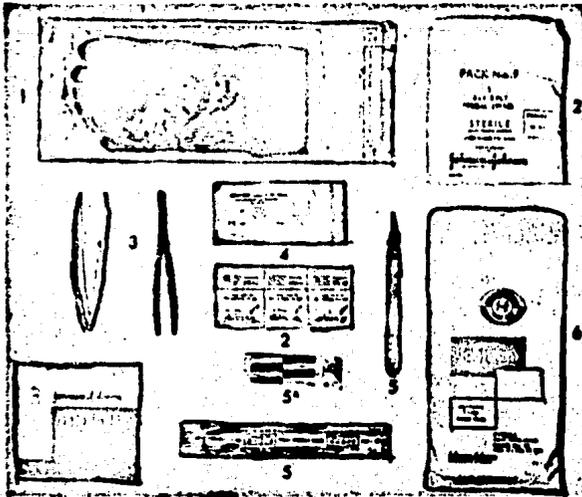
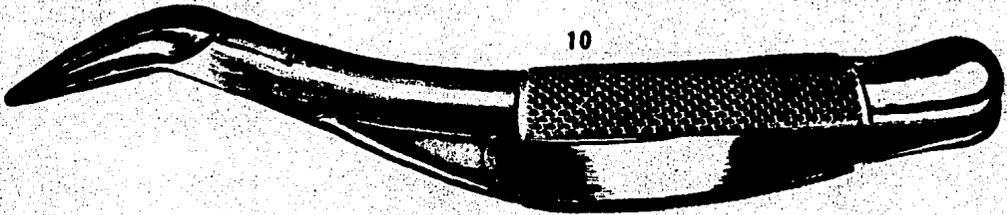
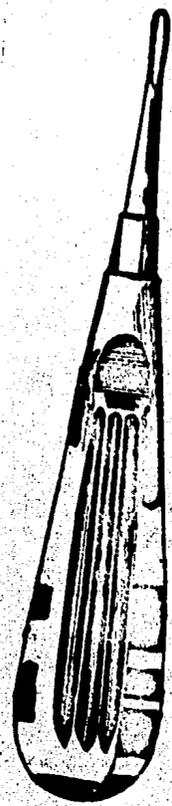
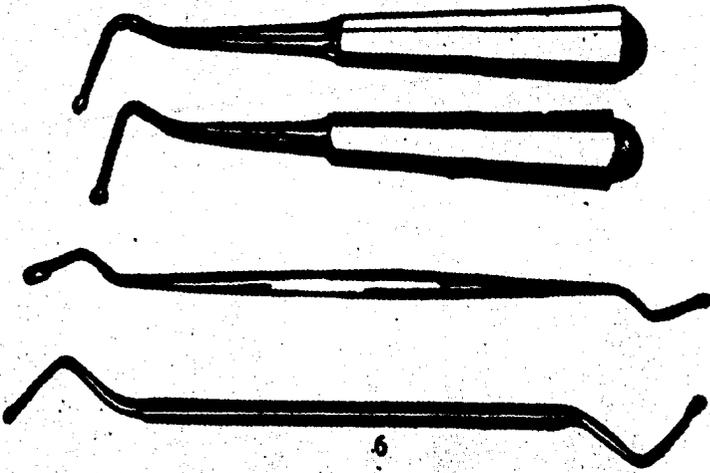


Fig. 29.—Equipo quirúrgico estéril desechable. 1, guantes; 2, gasas; 3, pinzas; 4, suturas; 5, mango de bisturí; 5A, hojas de bisturí; 6, toallas.



- 1.- Botadores acodados
- 2.- Botadores de bandera
- 3.- Botador recto
- 4.- Lima para alveolo tipo alemán
- 5.- Pinza para introducir mechas en el interior de las cavidades óseas, alvéolos o cavidades patológicas
- 6.- Tipos diferentes de curetas quirúrgicas (para extraer saco pericoronario y restos de hueso)





6

ASEPSIA

ASEPSIA.- La diferencia más notable que ofrece la cirugía de la cavidad bucal respecto a las otras regiones, es que la saliva bucal contiene siempre abundancia de micro-organismos de múltiples variedades y muy a menudo de gran virulencia y que es imposible suprimir por completo mientras podamos proceder al lavado de la mucosa que nos permite una intervención casi estéril en la boca, ya que jamás será absoluta. Por lo tanto, toda herida operatoria bucal expuesta, resulta contaminada por bacterias.

Afortunadamente, una herida suturada de la mucosa bucal cicatrizará a la primera intención, casi con la misma seguridad de que si se tratase de una herida cutánea séptica.

El odontólogo a pesar de todo esto, tiene el deber de tomar todas las precauciones necesarias para no contribuir con más gérmenes, por lo consiguiente, ropa e instrumental deberán estar perfectamente estériles y con anterioridad se efectúa la profilaxis bucal, la eliminación de cavidades cariosas, fistulas y senos purulentos.

En cirugía odontológica se emplean para la destrucción de los gérmenes, los mismos métodos clásicos de la desinfección y de la esterilización.

Como estos conceptos son a menudo confundidos entre sí, procede exponerlos aquí para mayor claridad.

Por desinfección se entiende, toda operación cuya finalidad sea dejar libre de gérmenes patológicos los objetos que interesan (instrumental, material de apósito, gasas, etc.) Sin embargo, en la desinfección se trata sólo de -

la destrucción de las formas vegetativas de los micro-organismos, en tanto que sobreviven las esporas, que conservan su capacidad de desarrollarse hasta convertirse otra vez en gérmenes patógenos. De esto se deduce que, un instrumento desinfectado representa siempre un peligro de infección para el paciente, sobre todo cuando es portador de esporas; por ejemplo, del carbunco del tétanos que se puede desarrollar hasta convertirse en formas infectantes, después del proceso de desinfección.

Esterilización significa, la eliminación de todas las formas de micro-organismos vivos en los objetos a usar en la práctica de cualquier especialidad quirúrgica, formas vegetativas de las bacterias, esporas, hongos, virus y rickettsias.

Con frecuencia se plantea la cuestión entre los cirujanos - dentistas de exigir la observancia estricta de las reglas de la asepsia en la realización de las operaciones en la boca, ya que la cavidad bucal de todos los individuos, incluidas las personas sanas, aloja, masivamente, gérmenes microbianos patógenos. Todo esto revela que el principio de la infección por contacto, cuyo recubrimiento ha conducido al desarrollo de la asepsia no es, por desgracia, patrimonio común de todos los odontólogos científicamente formados.

No hay duda acerca de que las heridas producidas por las operaciones en la boca se producen infecciones por la propia flora microbiana del paciente, y esto en particular en los casos en que, por una técnica operatoria deficiente o por otros errores del tratamiento quirúrgico se altera la resistencia natural de los tejidos y se facilita así la penetración de los gérmenes patógenos en las capas profundas de los tejidos.

Es obligación del odontólogo con actividad quirúrgica, evitar el arrastre de gérmenes patógenos, ya que las infecciones en general son peligrosas, incluso una simple incisión en la boca.

La forma más correcta y conveniente es someter todos los instrumentos, ya sea que se utilicen para exploración o para las operaciones, a la esterilización por calor, de esta manera se ahorra tiempo y trabajo y en especial se evitan y previenen faltas trascendentales. Aunque con este procedimiento de esterilización no es posible ni conveniente introducir en el aparato los materiales para apósitos y vendajes, los paños ni los guantes.

Esterilización en el autoclave.- Tiene ciertas ventajas respecto al esterilizador universal, ya que el vapor de agua sobresaturado y a presión posee capacidades bactericidas y de penetración incomparablemente mayores que el aire caliente, por lo que es posible reducir considerablemente la temperatura y el tiempo de esterilización, y tratar mejor el material a esterilizar.

Por lo tanto, en el autoclave se puede esterilizar también substancias combustibles y vaporizables, como las materias textiles, el algodón, la celulosa, objetos metálicos sensibles al calor, guantes de goma y soluciones.

La presión del vapor determina también para este procedimiento la temperatura alcanzada. Se usan en general, presiones de 1 a 3 atmósferas, que corresponden a temperaturas de 120 a 144 grados centígrados.

En resumen, cabe establecer que, el odontólogo que, sobrepasando las sencillas extracciones dentarias y aperturas de absesos, quiere también practicar la cirugía odontológica, necesita imprescindiblemente un aparato moderno de es

sterilización.

Muy recomendable es un pequeño autoclave, como las que en la actualidad se emplean muy a menudo en la práctica odontológica. Con el autoclave no solo se pueden esterilizar jeringas, agujas de inyecciones, toda clase de instrumentos e incluso los instrumentos para canales radiculares y las fresas, sino también la ropa blanca, las turundas, el material de apósito, etc.

**VII.- TECNICAS QUIRURGICAS PARA EXTRACCION DE
CANINOS RETENIDOS EN POSICION PALATINA,
VESTIBULAR Y BILATERALES**

CAPITULO VII

TECNICAS QUIRURGICAS PARA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS EN POSICION PALATINA, VESTIBULAR Y BILATERALES

Los caninos incluidos están, por oposición a los caninos impactados, completamente ocultos en el hueso; no tienen por consiguiente ninguna relación con la mucosa bucal y no están en comunicación con la cavidad bucal. Son los caninos superiores los que se hallan más frecuentemente incluidos. Su posición en el hueso varía. Puede estar situado sobre la vertiente palatina o sobre la vertiente vestibular, raramente a caballo sobre los dos. Está más o menos profundo en relación a la superficie del hueso; puede estar incluido uno solo, a veces los dos caninos.

Los caninos incluidos pasan a menudo inadvertidos, y no son revelados sino por un examen atento a una radiografía ocasional.

Su eliminación no se impone en todos los casos, debe ser realizada si ocasionan accidentes.

1º- CANINOS EN POSICION PALATINA

Se debe ubicar el diente con la mayor precisión posible mediante radiografías, colocar la cabeza del paciente de modo de tener una visual directa sobre el paladar anterior, estando vertical el plano oclusal de la arcada dentaria. El diente incluido se proyecta muy a menudo sobre una área que se extiende desde el incisivo central hasta el segundo premolar, hacia adentro de la arcada, más o menos cerca de los dientes vecinos. Se nota, a veces, una ligera eminencia.

ANESTESIA

Local por infiltración de solución al 1% adrenalina, sobre toda la región que se extiende, para un diente del lado derecho, desde el primer molar derecho hasta el segundo premolar izquierdo, desde el borde gingival hasta el medio del paladar. Si la radiografía muestra que la raíz del diente se proyecta en profundidad hacia la fosa nasal, es recomendable una anestesia complementaria por contacto.

TECNICA PARA CIRUGIA DE CANINOS INCLUIDOS SUPERIORES

Incisión.- Hay varios tipos de incisiones a nivel bucal, de las cuales las más usadas son 3: Newman, Washmunt y Parch. De acuerdo a las necesidades del caso se utiliza la más conveniente.

La incisión será desde primer molar derecho hasta primer premolar izquierdo, semicircular, a lo largo del cuello de los dientes, festoneándolos, a 2 mm. por dentro para evitar denudar los cuellos (fig. 1), facilitará las suturas y la cicatrización ulterior. La incisión llega hasta periostio con una legra estrecha y larga, desprender del hueso la espesa mucosa palatina del colgajo semicircuferencial, que va del primer molar derecho al primer premolar izquierdo, o al segundo premolar izquierdo, si fuera necesario. El pedículo naso-palatino es ligado y seccionado, si limita mucho el levantamiento del colgajo. Aquel es desinsertado en toda su extensión y fijado por un hilo o un gancho.

Evitar el desgarrar su borde libre al comenzar su desprendimiento (fig. 1).

En frente del diente, o en el contorno de la saliente ósea que forma, delimitar por una serie de perforaciones con fresa redonda Lanceolada No. 8, una superficie ósea (fig. 1)

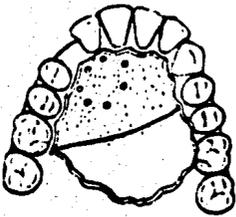
ovalada, de 1 cm². de superficie, que va a ser tallada y eliminada con golpes de cincel (fig. 2). Podría ser retirada también con fresa para hueso. En este momento es abordado el hueso esponjoso dentro del contorno de la brecha, hasta que la corona del diente sea descubierta; en este caso, liberarla progresivamente, resecano con cincel o con fresa el hueso que la encierra, por encima y alrededor de ella. Ensayar movilizar la corona cuando está completamente libre. si no se mueve, continuar la resección ósea hacia la extremidad radicular; ensayando introducir en la cavidad un elevador.

Si el diente es de forma regular, con raíz recta, debe ser en ese momento movilizado, mediante un elevador recto o acodado, insinuado bajo la corona, la cual se luxará y liberará de su cavidad (fig. 3 y 4). Con la cureta hacer la limpieza de la cavidad, eliminando particularmente los restos del saco pericoronario que pudieran subsistir, taponar con una mecha embebida de líquido hemostático, si se considera necesario (hemostático Ercó). Reemplazarla con una mecha iodoformada, colocada con poca presión y que se deja sobresalir 1/2 cm. (fig. 5). Rebatir en su sitio el colgajo mucoso, suturarlo con puntos simples intercalados con puntos peridentarios en U (fig. 5).

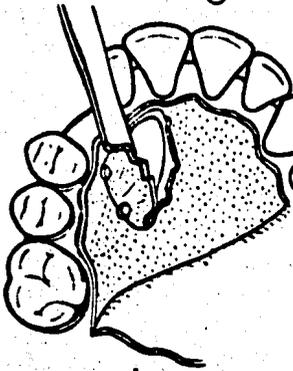
Asegurar una presión temporaria con un colchón de gasas arrolladas o pegadas, masa que cubrirá en parte los dientes, penetrando en los espacios interdentarios y hacer morder fuertemente al paciente; 24 hrs. después quitar la mecha. Si fuera necesario, administrar anticépticos y calmantes. Retirar los hilos de sutura 8 días después.

A veces, el diente, en gran parte descubierto, no puede ser luxado, porque la raíz es retentiva a causa de una curvatura de su eje. En este caso completar la liberación con cincel o fresa de fisura No. 5-6 y cortar el diente con fresa, si fuera menester (fig. 7).

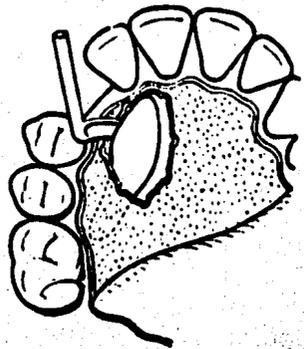
①



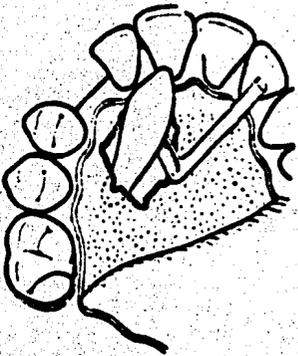
②



③



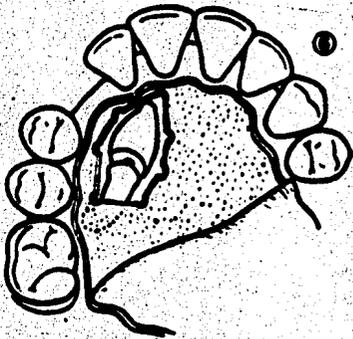
④



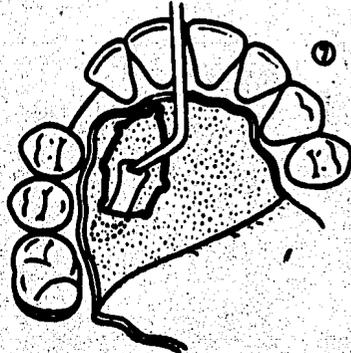
⑤



⑥



⑦



2º- EL CANINO ESTA RETENIDO POR SU EXTREMIDAD CORONARIA ENTRE LAS RAICES DEL INCISIVO CENTRAL Y EL LATERAL

Descubierto el canino, no puede ser liberado por esa extremidad, bajo riesgo de lesiones a los dientes vecinos.

Ensayar entonces liberar la raíz, pero si ésta se halla hundida en la profundidad no puede ser abordada sin daños óseos importantes y RIESGO DE AFECTAR LA NARIZ Y EL SENO.

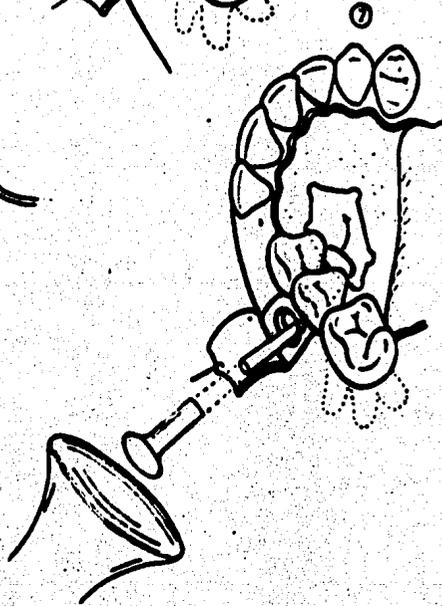
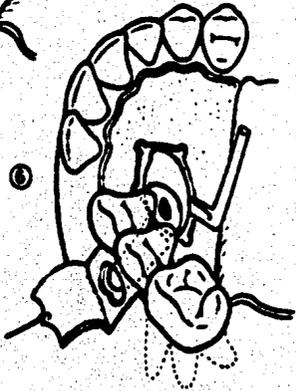
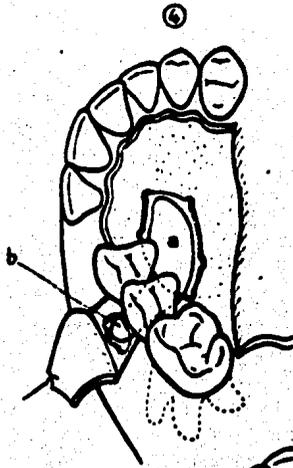
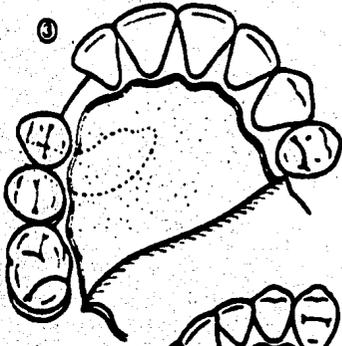
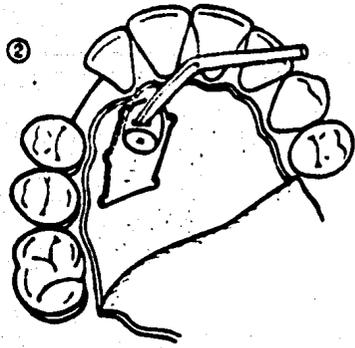
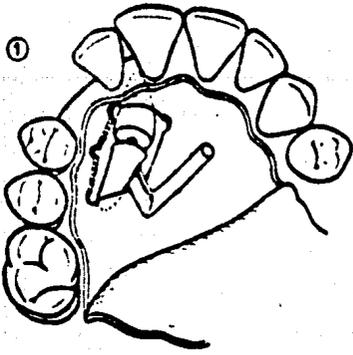
Seccionar luego el diente lo más cerca posible del cuello para poder ejercer presión suficiente sobre la raíz. Luxarla con elevador o con fórceps de bocados finos, en bayoneta, si se prefiere (fig. 1). La corona, con muesca de fresa, es desprendida con un elevador acodado (fig.-2). También, a veces, puede ser extraída la corona primeramente.

3º- EL CANINO ESTA "A CABALLO" SOBRE LAS VERTIENTES PALATINA Y VESTIBULAR

El canino es curvo y profundo, la corona en el paladar, la raíz en el vestibulo, pasando entre las raíces del primer y segundo premolar (fig. 3).

Abordar el diente por vía palatina, descubrir la corona lo más posible. Ensayar la luxación sin fracturar la raíz (fig. 4a), pero, a veces, su forma y su profundidad son obstáculos serios, que exigen una destrucción ósea importante, con riesgo para los dientes vecinos.

Entrar por vía vestibular, descubriendo el ápice, para rechazar el diente hacia la brecha palatina o, por lo menos, movilizar la raíz (figs. 4b y 5b). Si no cede, seccionar el diente por debajo del cuello y extraer los dos fragmentos individualmente (fig. 6).



Cuando la raíz está netamente enclavada, luego de haberla liberado, con elevador fino, rechazarla con un punzón truncado, golpeando con martillo, según el método de Merle-Biral (fig. 7). Terminación de rutina.

4º- CANINO EN POSICION INTERMEDIA CON RAIZ EN GANCHO EN EL VESTIBULO

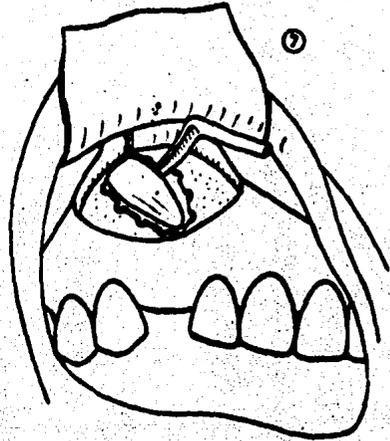
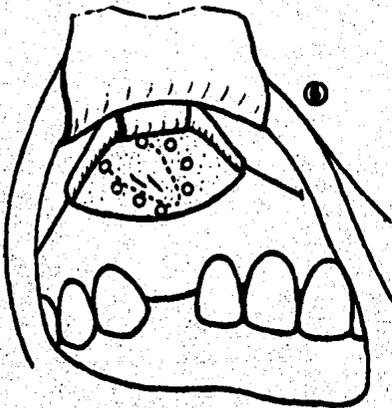
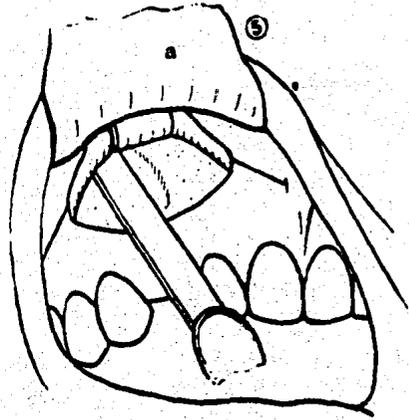
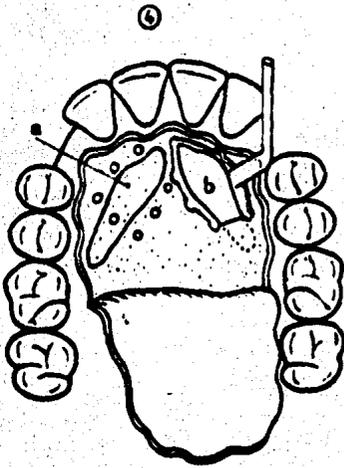
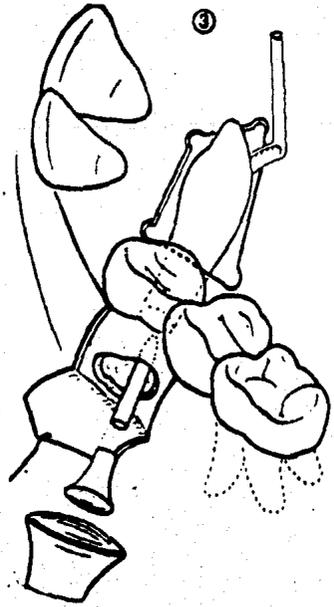
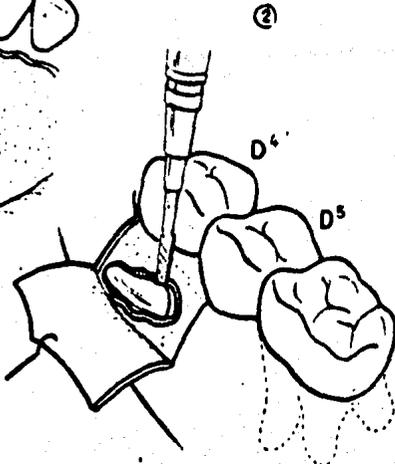
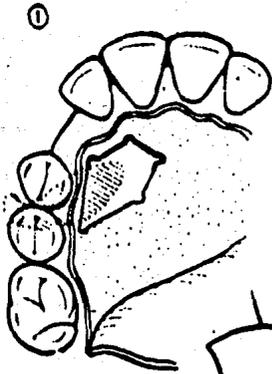
La radiografía hace prever la dificultad. Abordar la corona por vía palatina. Ensayar movilizar el diente descubierto; si la raíz no es muy curva y la extremidad apical muy retentiva, el elevador, actuando en el sentido de la curvatura, puede, a veces, luxar el órgano.

No insistir, ni ejercer fuerte presión, peligrosa para los dientes vecinos (fig. 1).

Descubrir la raíz por vía vestibular, seccionarla con fresa de fisura lo más cerca posible de la corona. Prestar atención a las raíces del primer y segundo premolar derechos (fig. 2). Con un punzón romo golpear el diente seccionado rechazándolo hacia la brecha palatina. La maniobra inversa es imposible porque la corona es más grande que la parte radicular (fig. 3).

5º- LOS DOS CANINOS INCLUIDOS EN EL PALADAR

Luego de una observación radiográfica, hacer un colgajo mucoso, como se indicó anteriormente, pero extendiéndose de modo simétrico, desde el primer molar derecho hasta el primer molar izquierdo. Abordar cada diente separadamente, haciendo una ventana ósea delimitada por perforaciones de fresa (fig. 4a) luego liberar el diente y luxarlo (fig. 4b), las dos maniobras están indicadas en la misma figura, pero mejor es abordar primero un diente, luego el otro. Terminar como para una extracción única.



6º- CANINO EN POSICION VESTIBULAR

En este caso la extracción es en general más fácil, el hueso es menos denso, el diente más superficial, el abordaje más sencillo.

Estudio radiográfico cuidadoso, para precisar bien la posición del diente, sobre la vertiente vestibular. Conviene evitar el abordaje del diente por vía palatina si está muy vestibular y viceversa.

Anestesia local de toda la zona canina, con la ayuda de una solución al 1% 100, adrenalina (2 cc), luego de premedicación; si fuera necesaria, anestesia complementaria de Escat.

Técnica: Incisión curva, de 3 cm de concavidad superior, delimitando un colgajo de base superior, a media distancia del fondo del vestíbulo y del borde gingival, centrado por la proyección del diente. Incisión preferiblemente hasta el hueso. Desprender con legra el colgajo de abajo hacia arriba, sostenerlo con un gancho, un separador de 4 puntos o, mejor, con un separador especial de labio y de colgajo. Legrar toda el área de proyección del diente centrado a veces, por una eminencia ósea (fig. 5). Preparar una ventana ósea mediante perforaciones de fresa y levantarla con golpes de cincel (o cincel automático). Descubrir el diente y liberarlo, en la mayor extensión posible, con cincel o con fresa; movilizarlo con elevador y luxarlo o asirlo con un fórceps fino de bocados (fig. 7).

Si se produce hemorragia persistente, taponar dejando sobresalir la mecha 1/2; si no, dejar la brecha vacía, con el propósito de que un coágulo la llene. Rebatir el colgajo y suturarlo. Durante la liberación del diente, sea con fresa, cincel o elevador, no actuar en profundidad, para no dañar el seno o la fosa nasal.

**VIII.- EXTRACCION SIMULTANEA DE CANINOS
RETENIDOS SUPERIORES Y DIENTES
DE LA ARCADA**

CAPITULO VIII

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

Puede presentarse el caso de tener que extraer un canino retenido y los dientes de la arcada, por ser éstos portadores de complicaciones de caries o parodontosis, que indiquen la necesidad de la exodoncia. La extracción simultánea del canino y los otros dientes puede estar aconsejada en algunas oportunidades y contraindicadas en otras. 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 halla relativamente cerca de la tabla ósea de la bóveda y a condición de que el canino sea seccionado las veces que sea necesario, para disminuir los riesgos. 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 y después de un tiempo prudencial, hasta que la regeneración ósea haya llenado la cavidad creada por esta operación, se eliminarán los dientes de la arcada.

Cuando el proceso alveolar sea sólido y firme, la intervención del canino retenido y los dientes en mal estado pueden ser extraídos en la misma sesión.

**IX. - LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS EN
MAXILARES SUPERIORES DESDENTADOS**

CAPITULO IX

LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS EN MAXILARES SUPERIORES DESDENTADOS

La vía de elección para la extracción de caninos retenidos en maxilares superiores sin dientes, es la vestibular. La ausencia de dientes facilita la operación.

Para los caninos retenidos muy profundamente, lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda, el camino más corto es por la vía palatina. Las normas para la extracción de estos dientes se ajustan a las señaladas para los otros tipos de caninos retenidos.

Para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada, deben preverse los riesgos de fractura de porciones de la tabla vestibular, desde el punto de vista protético.

Es preferible seccionar el diente, que ejercer presiones peligrosas.

X. - TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

CAPITULO X

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Se entiende por post-operatorio, el conjunto de manobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico.

Desde luego, que el post-operatorio en cirugía bucal no puede tener la trascendencia del mismo en una operación de cirugía general. En otros términos, nuestra cirugía es sobre pacientes ambulatorios y salvo excepciones que se fundan más bien en el tipo de anestesia usado, que en la operación misma (esto último también tiene sus excepciones), el enfermo no necesita ser hospitalizado.

Los cuidados post-operatorios deben referirse a la herida misma (y al campo operatorio que es la cavidad bucal) y al estado general del paciente.

TRATAMIENTO LOCAL POST-OPERATORIO

Higiene de la cavidad bucal: Terminada la operación, se lava prolijamente la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, o mejor aún proyectada ésta con un atomizador, que limpiará así eliminando sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos extraños en tran en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

Es de vital importancia tomar una radiografía pos-operatoria para asegurarse de no haber dejado restos de tejido dental u óseo. Esto es antes de suturar.

Antes de que se retire el paciente, es de vital importancia anotarle las siguientes instrucciones:

1.- Cuando llegue a su casa, después de la operación (aún una simple extracción dentaria), conviene guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto.

2.- Colocar una bolsa de hielo en la cara sobre la región operada, durante quince minutos y quince de descanso por el término de varias horas.

3.- No realizar ningún tipo de enjuagatorios, al menos que se hubiera prescrito lo contrario, por el término de tres horas. Si se hubiera dejado en la boca alguna gasa protectora, retirarla al cabo de una hora.

4.- Después de transcurridas las tres horas, realizar enjuagatorios, tibios con una solución de agua y sal. Estos enjuagatorios se repetirán cada dos horas.

5.- En caso de sentir dolor, tome una tableta del medicamento indicado. Si el dolor no cesa se puede repetir esta tableta cada 4 horas.

6.- Si hubiera una salida de sangre mayor que lo normal, el paciente puede realizar un taponamiento de urgencia, colocando sobre la herida un trozo apreciable de gasa esterilizada, sobre la cual se deberá morder durante 30 minutos. O también inflamaciones o cualquier otro problema no controlable, llamar por teléfono a los números indicados en estas instrucciones.

7.- La alimentación en las primeras seis horas deberá ser líquida (té con leche, naranjada, caldo tibio, etc.).

Al cuarto o quinto día se extraen los puntos de sutura.

XI.- ACCIDENTES Y TRATAMIENTO

CAPITULO XI

ACCIDENTES Y TRATAMIENTO

Deberán reconocerse a tiempo y saber diferenciar los principales accidentes, que son:

- 1º- Accidentes relacionados con los anestésicos.
- 2º- Accidentes por patología pre-existente independiente de las soluciones bloqueadoras.
- 3º- Accidentes por sobredosificación o mala indicación de los vasopresores.

1º- Toxicidad de los anestésicos locales.

La dosis que utiliza el dentista es muy pequeña (20-30 mg), la región gingivodental es ricamente vascularizada, puede haber una absorción rápida de la droga y dar manifestaciones de toxicidad sobre el sistema nervioso central, tales como: escalofrío, temblores, visión borrosa, etc. Otras veces más raras aún, se presentan reacciones por sensibilidad inmunológica que pueden ocasionar trastornos respiratorios, tales como espasmo bronquial, disnea y estado asmático. Estos trastornos se acompañan de alteraciones cutáneas o de las mucosas, tales como urticaria, eritema y edema angioneurótico, así como de estado de shock anafilactoide.

2º- Un paciente de edad avanzada puede presentar una crisis de angor pectoris, un diabético caer en coma o un hipertenso presentar algún accidente cardiovascular. El síncope no es poco común en pacientes nerviosos y con trastornos neurovegetativos.

3°- Son los accidentes menos frecuentes. Sin embargo, un paciente muy nervioso, un hipertenso pueden ser casos cuya patología pre-existente sea un factor que predisponga a algún accidente por la acción de los vasoconstrictores sobre todo de las aminas presoras.

MEDIDAS GENERALES DE TRATAMIENTO

El tratamiento adecuado en todos los tipos de accidentes que se han citado se reduce a mantener las funciones vitales respiratorias y cardiovasculares.

1°- Posición de trendelenburg (la cabeza en un plano inferior al resto del cuerpo).

2°- Mantener las vías respiratorias libres. Debe colocarse la cabeza en un plano sagital en ligera extensión y levantando el maxilar inferior. Aspirar las secreciones o regurgitaciones. Colocar una cánula faríngea cuando la lengua obstrucciona el juego respiratorio. La entubación endotraqueal sería ideal para los casos de apnea o cianosis intensa, pero la técnica requiere habilidad y estar familiarizado con ella.

3°- Oxigenación. La depresión respiratoria, el espasmo laríngeo y la obstrucción respiratoria de cualquier causa dan lugar a hipoxia que debe ser tratado prontamente. La oxigenación puede realizarse de acuerdo con la urgencia y con el grado de hipoxia con las siguientes medidas:

Cuando hay respiración espontánea basta con colocar un catéter nasal administrando de 2 a 3 litros de oxígeno por minuto.

Si no hay respiración espontánea, colocar el dispositivo de mascarilla y bolsa para dar oxígeno a presión manteniendo la respiración artificial hasta que aparezca la respiración espontánea.

El cirujano dentista debe de tener un aparato de oxigenación que consiste en: un tanque de oxígeno portátil, un regulador de presión y un dispositivo para administrar oxígeno a presión que consta de mascarilla de caucho unida a una bolsa de reinhalación.

Cuando no se cuente en un momento dado con este sistema, no hay que perder el tiempo en un paro respiratorio debiéndose administrar oxígeno de inmediato dando respiración boca a boca, o con una cánula de Brook para evitar el contacto boca a boca.

VENOCLISIS

En colapso circulatorio deberán usarse aminas presoras y analépticos por vía endovenosa (5 a 10 mg. de metoxamina diluida y fraccionada, 1 mg. de atropina diluida si hay bradicardia acentuada).

PARO CARDIACO

Cuando no se reconoce el accidente y no se instituye el tratamiento correcto, se puede llegar al paro del corazón.

Aquí el dentista se debe de dar cuenta del momento que se presenta el paro cardíaco. Este es un accidente muy grave y se debe hacer el diagnóstico y el tratamiento inmediatamente para salvar la vida del enfermo.

Interesa saber entonces:

- 1º.- Cómo se hace el diagnóstico, y
- 2º.- Cómo debe hacerse el tratamiento.

El paro cardiaco se traduce clínicamente por el paro de la dinámica circulatoria: no hay pulso, no hay tensión arterial, no se escuchan ruidos cardiacos, el color de los tegumentos se vuelve pálido cianótico y la pupila se dilata.

Inmediatamente que se aprecian estos signos debe acostarse al paciente sobre un plano duro, darle respiración artificial y practicarle masaje cardiaco externo. Al mismo tiempo del masaje, se debe administrar oxígeno una vez recuperado el paciente seguir dando oxígeno y llamar al médico especialista quién normará la conducta terapéutica posterior.

Otros accidentes tales como:

HEMATOMAS.- La punción de un vaso sanguineo origina derrame de intensidad variable, este derrame es instantáneo, -- tarda varios días para su desaparición. Este accidente no tiene complicaciones.

Tratamiento: Bolsa de hielo sobre la región.

IZQUEMIA.- A raíz de cualquier anestesia, se nota en la piel de la cara del paciente zonas de intensa palidez, esto es originado por la penetración y transporte de la solución anestésica con adrenalina, en la luz de una vena ocasionando vasoconstricción. No requiere tratamiento.

Accidentes en la extracción, son:

Inmediatos

Consecutivos

INMEDIATOS:

- a) Fractura de instrumental
- b) Lesión de dientes vecinos
- c) Lesión del seno
- d) Lesión en tejidos blandos, desgarre de la mucuosa, labios, efisemas.

CONSECUTIVOS:

- a) Hemorragias: Puede ser en el momento de la extracción o después al lesionar algún vaso sanguíneo.

Tratamiento: Taponamiento con gasa estéril.

- b) Penetración de objetos: Hay el peligro de que caigan a la Laringe y producir obstrucción respiratoria aguda. Al ocurrir esto se debe de tomar la lengua y jalarla hacia adelante, despejando la faringe por medio de los dedos de cuerpos o partículas de hueso o restos dentarios.

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

No siempre puede el cirujano dentista determinar si un caso se encuadra en el grupo de las extracciones simples o en el grupo de las extracciones quirúrgicas que constituyen una verdadera operación, teniendo la necesidad de valer se de un examen radiográfico previo que permita sacar con-clusiones y sobre todo, apreciar la extensión de la rese-ción ósea que pueda ser necesario y establecer la verdadera posición anatómica del canino.

No podemos señalar como mejor a ninguna técnica, si no emplear la que facilite nuestra intervención para evitar operaciones traumáticas y extensas.

Es necesario la clasificación de los caninos incluí-dos superiores y su correcta ubicación, ya que de este modo se puede determinar por adelantado las dificultades que pue-dan presentarse para su eliminación y por lo tanto, planear los procedimientos quirúrgicos.

Para este tipo de intervenciones, debemos utilizar - el instrumental necesario y esterilizado correctamente para evitar incidentes que van en perjuicio del paciente.

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

BIBLIOGRAFIA

- G. Ginestet, H. Frezier, J. Pons, M. Falfer - Sollier
Atlas de Cirugia Estomatológica y Maxilo-facial
Editorial Mundi, S.A. C.I.F.
Paraguay 2100, Buenos Aires Argentina 1967
- Ries Centeno Guillermo A.
Cirugia Bucal
Editorial El Ateneo
Ameghino 838 Avellaneda, Buenos Aires Argentina 1975
- Manual Ilustrado de Odontologia - ASTRA -
- Niels Bjorn Jorgensen - Jess Hayden, Jr.
Anestesia Odontológica
Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
Cedro No. 512, México, D.F. 1970
- Medrano Rodríguez Virginia
Caninos Incluidos
Tesis UNAM, México 1979
- Geoffrey L. Howe
La Estracción Dental
Editorial El manual Moderno, S.A.
Calzada de Tlalpan 1702 - 1979
- Pastori Ernesto J.
Exodoncias con botadores
Editorial In-eramericana 1974
- Bello Castellanos Amparo
Caninos Incluidos
Accidentes y complicaciones
Tesis UNAM, México 1978
- W. Harry Archer
Cirugia Bucal
Editorial Mundi, S.A. C.I.F.
Paraguay 2100, Buenos Aires Argentina
Segunda Edición Castellana, Tomo I
- Costich-White
Cirugia bucal
Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
Cedro 512, México 4, D.F. 1974.