



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CANINO INCLUIDO EN PALADAR

Tesis Profesional

**Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a

MARIO JOAQUIN GROTH SORIANO



México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

CANINO INCLUIDO EN PALADAR

INTRODUCCION.

I.- HISTORIA CLINICA

II.- GENERALIDADES.

II.1.- Incisión.

II.2.- Desprendimiento del Colgajo.

II.3.- Osteotomía.

II.4.- Odontosección.

II.5.- Extracción propiamente dicha.

II.6.- Tratamiento de la cavidad ósea.

II.7.- Sutura.

III.- ETIOLOGIA Y CLASIFICACION.

IV.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE
CANINO INCLUIDO EN PALADAR.

V.- ANESTESIA.

V.1.- Local.

V.2.- Regional.

V.3.- General.

VI.- CIRUGIA EN HOSPITAL

VI.1.- Admisión del paciente

VI.2.- Historia clínica

VI.3.- Exámenes de laboratorio.

VI.4.- Ordenes preoperatorias.

VI.5.- Rutina en la sala de operaciones.

VI.6.- Equipo Quirúrgico.

A).- Operador.

B).- Ayudante.

C).- Anestesiista.

- D).- Enfermera instrumentista.
- E).- Enfermera circulante
- VI.7.- Instrumental quirúrgico
- VI.8.- Ordenes posoperatorias.
- VI.9.- Ordenes para la dieta posoperatoria.

VII.- TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE CANINO
INCLUIDO EN PALADAR.

- VII.1.- Diagnóstico
 - A).- Inspección.
 - B).- Palpación.
 - C).- Exámen radiológico.
 - D).- Localización exacta del canino.
- VII.2.- Anestesia.
- VII.3.- Incisión.
- VII.4.- Desprendimiento del colgajo.
- VII.5.- Osteotomía
- VII.6.- Extracción propiamente dicha.
 - A).- Odontosección.
 - B).- Extracción de la corona.
 - C).- Extracción de la raíz.
- VII.7.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- VII.8.- SUTURA.

VIII.- ACCIDENTES DE LA EXTRACCION.

- VIII.1.- Fractura del diente.
- VIII.2.- Fractura y luxación de dientes vecinos.
- VIII.3.- Fractura del maxilar.
- VIII.4.- Lesión al seno maxilar.
- VIII.5.- Hemorragias.
- VIII.6.- Hematomas.
- VIII.7.- Alveolitis.

IX.- TRATAMIENTOS ORTODONTICOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

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

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

En éste trabajo, para referirnos a dichos dientes, utilizaremos el término (incluido) , ya que, inclusión se refiere, como la acción de encerrar o comprender una cosa dentro de otra y retención es la acción de suspender total o parcialmente un proceso.

Tomando en cuenta lo anterior, decimos que, el canino incluido es ante todo un problema de tipo mecánico, ya que encontramos un cuerpo - duro e inextensible (el diente) dentro de otro elemento duro y practi - camente también inextensible, que es el hueso.

Cualquier diente, sea temporal o permanente, puede quedar incluido pero existe una mayor predisposición en los terceros molares inferiores y en los caninos superiores, dado que, influyen para ello un gran número de factores.

Los datos estadísticos, indican que el segundo lugar de la totalidad de inclusión dentaria, está ocupada por los caninos superiores, y es por eso, que quiero enfocar la atención a éste tema, ya que, es de gran importancia en la práctica Odontológica.

La Odontología en general, ha tenido como toda rama de la medicina una evolución pausada, pero hoy en día, contamos con una variedad de - técnicas quirúrgicas y ortodónticas para resolver todos y cada uno de - casos de caninos incluidos que se nos presenten.

En ésta tesis, nos inclinamos más hacia la cirugía, no porque sea - el tratamiento ideal, sino porque, dadas las condiciones de cada caso - en particular, el cirujano dentista será el que decida el tratamiento, - que siempre será, la extracción por medios quirúrgicos o el tratamiento de ortodoncia o una combinación de éstas dos especialidades, para lle -

gar a un tratamiento satisfactorio.

Es casi imposible en un trabajo de ésta índole, abarcar todas y cada una de las técnicas quirúrgicas, por lo que, he hecho, una recopilación de datos, los que a mi juicio considero más importantes, para llegar a un tratamiento justo en bien del enfermo.

Esta tesis, es fruto de varios meses de trabajo y los pocos datos que apporto, espero, que en un momento dado, sirvan como guía a nuestros compañeros estudiantes y logren despertar el interés del cirujano dentista en éste tema de la patología bucal.

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un documento científico que tiene por objeto el estudio de un organismo, con el fin de determinar su estado de salud ó enfermedad, siendo de gran ayuda para establecer un diagnóstico e instituir un tratamiento adecuado.

Para realizar una buena historia clínica nos valemos de una serie de procedimientos que son los siguientes:

- 1.- INTERROGATORIO.
- 2.- INSPECCION.
- 3.- PALPACION.
- 4.- AUSCULTACION.
- 5.- EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

La experiencia ha demostrado, que es útil emplear los métodos de exploración, en el orden que han sido mencionados, ya que los datos que aporte cada uno, son corroborados por el siguiente. Antes de explicar los es necesario estudiarlos y conocer las reglas generales por las que se guía cada uno de ellos.

INTERROGATORIO

Se da el nombre de interrogatorio en la clínica, a una serie ordenada o mejor dicho lógica de preguntas que se dirigen al enfermo o sus familiares, y que tienen por objeto ilustrar al clínico, sobre aquellos datos que no se pueden obtener por otros medios.

El interrogatorio puede ser directo o indirecto, en el primero las preguntas se dirigen al enfermo y en el segundo se dirigen a un familiar tal es el caso de niños o de adultos en condiciones que no puedan responder a éstas por gran debilidad, estado de coma, etc.

En el interrogatorio toda pregunta debe tener una finalidad precisa, para lo cual es necesario que el clínico tenga una idea clara del dato que desea obtener, nunca se deben de hacer preguntas inútiles, y deben de ser concretas, no deben sugerir la respuesta y se debe tomar muy en cuenta la capacidad intelectual del enfermo; cuando el paciente-

utilice tecnicismo, se debe investigar si para el tienen el significado correcto.

Los puntos que se investigan en el interrogatorio, se dividen para su estudio en:

- 1.- Ficha personal
 - 2.- Antecedentes heredo-familiares.
 - 3.- Antecedentes personales no patológicos.
 - 4.- Hábitos.
 - 5.- Antecedentes personales patológicos.
 - 6.- Antecedentes gineco-obstétricos.
 - 7.- Padecimiento actual.
 - 8.- Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Más adelante se especificará cada uno de ellos.

I N S P E C C I O N

La inspección es el método de exploración que se efectúa por medio de la vista y puede ser directo o indirecto, en el primero solo se usa el sentido de la vista y en el segundo, se emplean instrumentos, por ejemplo, una lente.

REGLAS PARA EFECTUARLA.

Debe descubrirse la región por examinar y su homóloga, si es que la hay, con el fin de hacer un estudio comparativo, la iluminación debe ser uniforme, bien repartida y con luz blanca, el enfermo debe estar cómodamente colocado y relajado, el local debe tener una temperatura agradable.

Se obtienen datos, sobre la forma, estado de la superficie y volumen y movimientos.

P A L P A C I O N

Es la exploración por medio del tacto, también, puede ser directa o indirecta, superficial o profunda, es costumbre llamar (tacto) a la palpación de cavidades, tales como la boca, vagina y recto.

REGLAS PARA EFECTUAR UNA BUENA PALPACION

Se debe descubrir totalmente la región por explorar, se colocará al paciente procurando que esté cómodo y con los músculos relajados. Las manos del explorador no deben estar frías, explorando con suavidad para evitar molestias al enfermo y al mismo tiempo las contracciones reflejas que despierta una mala técnica, para darse cuenta de la temperatura aproximada del paciente se usa la cara dorsal de la mano; Cuando la región por explorar es grande se usa toda la mano e incluso las dos, del mismo modo que la inspección la palpación, debe ser comparativa y se debe empezar a palpar la región menos dolorosa.

Cuando se practica un tacto, es necesario lavarse perfectamente - las manos, pues sería desagradable para el enfermo, introducir las manos en una cavidad, la boca por ejemplo, sin que previamente hayan sido lavadas, para tacto rectal o vaginal, el dedo o los dedos que se utilizan deberan lubricarse con jabón o con vaselina.

A la palpación se obtienen datos de sitio, posición, forma volúmen, estado de la superficie, movimientos, consistencia, dolor y temperatura.

P E R C U C I O N

La percusión es el método de exploración, que consiste en dar golpes, con objeto de producir ruidos, despertar dolor o provocar movimientos, se divide en directa e indirecta, la primera se lleva a cabo sin interponer ningún objeto entre los dedos del explorador y la región explorada, será indirecto cuando se interpone un dedo del explorador o cualquier instrumento.

La mayoría usa casi exclusivamente la exploración digito-digital, teniendo en cuenta las siguientes ventajas:

- 1.- No se necesita ningún instrumento.
- 2.- La conformación del dedo percutido se amolda a cualquier región.
- 3.- No existen ruidos agregados.
- 4.- Al mismo tiempo que se percute el explorador se da cuenta de la resistencia de los tejidos.

En Odontología, la percusión la realizaremos con un instrumento, -

que generalmente es el espejo, se percute con el mango de éste, empezando de las piezas dentarias vecinas y dirigiéndose hacia el centro.

REGLAS PARA EFECTUARLA.

La región por explorar de encontrarse al descubierto, el enfermo - colocado en posición adecuada de acuerdo a la zona, el dedo donde se percute debe estar en íntimo contacto con la piel del explorado haciendo - ligera presión y cuidando que no quede aire interpuesto, para evitar falsos ruidos, el dedo con que se golpea es el medio de la mano derecha y los movimientos deben ser exclusivamente de muñeca, de arriba a abajo y de derecha a izquierda.

Los datos que se obtienen son ruidos de diferentes tonos, que nos indicarán el estado físico de los órganos, así como, la proyección sobre la superficie del cuerpo, con esto se podrá juzgar el tamaño, la situación y la forma de los órganos.

A U S C U L T A C I O N

Se llama auscultación a la exploración que se efectúa por medio - del oído, puede ser inmediata, mediata o a la distancia. La inmediata - es aquella en la que se aplica directamente al pabellón auricular, sobre la región por auscultar. La mediata, es en la que se interpone al - algún instrumento entre la región y el oído del explorador, en éste tipo de exploración se usa generalmente el estetoscopio, sea de tallo flexible o rígido. A distancia, cuando hacemos el estudio de la tos o de algunos estertores que se perciben a distancia.

REGLAS PARA EFECTUARLA

El enfermo adoptará una posición cómoda de acuerdo con la región -- que se explora, el cono u oliva del estetoscopio debe aplicarse perfectamente y haber un absoluto silencio en la sala de exploración.

Los datos que se obtienen son variables de acuerdo a la región explorada, se pueden dividir en ruidos provocados por el funcionamiento - del organismo y ruidos voluntarios. Entre los primeros tenemos, los ruidos cardíacos, los producidos por movimientos respiratorios, el peristal

tismo intestinal, que pueden ser normales o anormales, entre los segundos las vibraciones vocales.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

Llamamos así, al vasto conjunto de exámenes, que del enfermo se hacen en gabinetes especialmente dotados y que se conocen con el nombre de laboratorios.

El progreso de las ciencias médicas y tecnológicas a traído como consecuencia una gran variedad de exámenes, algunos de ellos muy sofisticados, por lo que su estudio en forma general es imposible, tocando al clínico elegir los que a su juicio, aportan nuevos datos o complementan los recogidos por las formas tradicionales de exploración.

Habiendo estudiado de una manera superficial, los procedimientos de exploración, ya estamos en condiciones de diseñar un modelo de historia clínica.

M O D E L O D E H I S T O R I A C L I N I C A

- 1.- Ficha de identificación.
- A).- Nombre.
- B).- Sexo.
- C).- Ocupación.
- D).- Edad.
- E).- Lugar de origen.
- F).- Lugar de residencia.
- G).- Estado civil.
- H).- Fecha de estudio.
- I).- Motivo de la consulta, en éste punto se anotará en forma breve, - los signos y síntomas que motivaron la consulta.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

Los antecedentes heredo-familiares, comprenden la edad, salud y -- causas de muerte de los familiares consanguíneos, así, como antecedentes en la familia de: Epilepsia, Diabetes, Obesidad, gota, reumatismo, - Fiebre reumática, hipertensión arterial, Hemofilia, neoplasia, alergias,

transtornos mentales, parálisis, etc. El interrogatorio debe hacerse no sobre Padres, abuelos, tíos, esposa, hijos y nietos, así como otras personas que convivan en el núcleo familiar.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Estos proporcionan una lista sobre las costumbres y hábitos de la vida del paciente.

Incluye: Habitación.- descripción completa. No. de cuartos, No. de personas que viven en ella, ventilación de la misma, iluminación, servicios con que cuenta e Higiene. Alimentación.- Descripción del No. y horario de ingestas diarias y cantidad aproximada, frecuencia semanal con que se ingieren los alimentos con mayor contenido de calorías y proteínas. Higiene personal. Aseo de las manos, baño, aseo bucal, frecuencia con que se realiza lo dicho anteriormente, así, como cambios de ropa -- parcial y total , manejo de excretas, inmunizaciones, hábitos de tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías, se debe investigar el No. de cigarrillos diarios, No. de veces que se emborracha al mes o por semana o bien la cantidad de alcohol que se ingiere, de pulque o de cerveza.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Esta es una historia de las enfermedades que ha padecido el paciente y se preguntará sobre. Padecimientos propios de la infancia, diarreas, parásitos, cuadros febriles, enfermedades respiratorias, ataques frecuentes de amigdalitis, lúcticos, fímicos, y palúdicos, cardio-vasculares, alergias principalmente a fármacos, y en general sobre cualquier enfermedad aparatosa que el paciente recuerde.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Incluye: menarca (edad de aparición) ritmo, amenorrea y dismenorrea, vida sexual activa, a que edad comenzó y si continúa, fecha de la última regla y características de la misma. No. de gestaciones. No. de partos, No. de abortos (provocados o espontáneos), No. de cesáreas, - maniobras y métodos anticonceptivos, flujo, sangrado vaginal, citología exfoliativa (Papanicolau), etc.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Entendemos como padecimiento actual la enfermedad que motiva la consulta, algunos médicos recomiendan que la historia clínica se empieza por éste punto, en lo que corresponde al interrogatorio del paciente, aunque en el momento de redactar, es obvio que el orden que aquí llevamos es el más conveniente. Se debe tomar en cuenta que algunos enfermos les da pena contestar algunas preguntas de los antecedentes, pero si la historia clínica se inicia con el padecimiento actual, se entiende que los datos que el médico pide como antecedentes son útiles y que complementan el cuadro, por lo que el enfermo contestará en forma correcta y sin mentir.

Las preguntas que se plantean al enfermo son las siguientes:

- 1.- ¿desde cuando está usted enfermo?
- 2.- ¿antes de ésta fecha estaba completamente sano?
- 3.- ¿a que atribuye usted su enfermedad?
- 4.- ¿como empezó su enfermedad?
- 5.- Además de las molestias que ha descrito ¿recuerda usted alguna otra?

Nota: Cada síntoma que manifieste el enfermo se estudiará con sus características y evolución. Cuando termina el interrogatorio, el clínico se habrá formado una idea del padecimiento que aqueja al paciente o por lo menos, del órgano o aparato donde radica el mal.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Es necesaria la revisión de aparatos y sistemas, para excluir la posibilidad de otro padecimiento que haya pasado desapercibido en la descripción de la enfermedad actual.

Debido a que en el interrogatorio dirigido, la obtención es obtener datos no expuestos espontáneamente por el paciente, al interrogador deberá a éste nivel, hacer preguntas que lleven al propósito de integrar síndromes, insistiendo en lo posible en los síntomas que forman parte de ellos, claro está sin obligar al enfermo a responder positivamente a las preguntas que se le formulen.

El interrogatorio de aparatos y sistemas, lo empezaremos por el aparato digestivo, ya que como profesionales de la Odontología, dicho aparato involucra la cavidad oral, que constituye nuestro campo de trabajo

APARATO DIGESTIVO.

Se interrogan los siguientes síntomas:

Dolor abdominal, estado de apetito, disfagia, polifagia, odinofagia, afagia, agruras, regurgitaciones, pirosis, ptialismo, sialorrea-aerofagia, halitosis, eructos, alteraciones de la masticación, náuseas, vómito, hematemesis, melena, diarrea, meteorismo, tenesmo, prurito anal, parásitos en heces, ictericia, acolia, tumoración abdominal, etc.

APARATO RESPIRATORIO.

Se incluyen síntomas como:

Dolor torácico, tos y sus características, Hemoptisis, disnea, cianosis, trastornos de la voz; rinitis, epistaxis, obstrucción nasal, etc.

APARATO CARDIOVASCULAR.

Incluye los síntomas siguientes:

Dolor precordial, palpitaciones, disnea, edema, cianosis, lipotimias, síncope, choque, cefaleas, acúfenos, fosfenos, extremidades frías, calambres, etc.

APARATO URINARIO.

Se preguntará sobre:

Cólico renal, ardor, poliuria, polaquiuria, nicturia, tenesmo vesical, retención de orina, disminución del calibre del chorro, urgencia miccional, goteo terminal, escurrimiento uretral, etc.

APARATO GENITAL FEMENINO.

Se preguntará, todo lo que se haya omitido en los antecedentes gineco-obstétricos, sobre alteraciones del apetito sexual, hemorragias anormales, tensión premenstrual, mastodinia y citología exfoliativa.

APARATO GENITAL MASCULINO.

Se interrogará sobre dolor uretral, ardor, urgencia, retención a-

guda o crónica de orina, etc.

SISTEMA ENDOCRINO.

Se interroga sobre poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida del vello axilar, del pubis, temblores, trastornos menstruales, intolerancia - al frío o al calor, resequedad de la piel, diaforesis, pigmentaciones - anormales, etc.

SISTEMA NERVIOSO.

Lo más importante son las alteraciones del lenguaje, de la marcha - movimientos anormales, cefaleas, epilepsia, parestesias, zonas de anes - tesia, alteraciones de la visión, vértigos, mareos, trastornos de la -- conciencia, etc.

SISTEMA LINFO-HEMATOPOYETICO

Se interroga sobre astenia, adinamia, ictericia, equimosis, púrpuras, hematomas, lupus, edema regional, etc.

SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO.

Debemos preguntar sobre alteraciones de la marcha, fracturas, desgarres, contracturas, disminución de la fuerza en algún miembro, torpeza, falta de movimiento, rigidez, calambres, dolor muscular, dolor articular.

Una vez concluido el interrogatorio de aparatos y sistemas, se continda con la exploración física.

EXPLORACION GENERAL

En éste capítulo se deben anotar, los signos vitales, como son, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria; temperatura, etc. Teniendo en cuenta que el examen clínico tiene por objeto corroborar lo interrogado, para formar síndromes y llegar a un diagnóstico, - se realizará siguiendo un orden fijo, que será por regla general de ca - beza a pies, aplicando a cada región los procedimientos estudiados a -- propósito.

INSPECCION GENERAL.

La inspección general, es la exploración que consiste en observar todos aquellos datos, que pueden apreciarse a primera vista, sin ejecutar alguna maniobra, es decir, si el paciente es hombre o mujer, si es viejo, adulto o niño, si está encamado o se presenta caminando, si su marcha es normal o presenta alguna alteración, etc. En condiciones óptimas los datos que se obtienen son: Sexo, edad aparente, facies, constitución, conformación, complexión, movimientos anormales, marcha, accesos de hospital, integridad y en general todo aquello que se note a simple vista.

EXPLORACION POR REGIONES.

La exploración por regiones se llevará a cabo, observando las reglas que se analizaron en cada método, siguiendo un orden específico y en forma comparativa y simétrica, tratando de evitar errores y omisiones y anotando tanto los datos positivos como negativos que se obtienen de cada región, ya que, en un momento dado todos los datos son de gran valor para llegar al diagnóstico.

CABEZA

La cabeza para su estudio se divide en cráneo y cara, en el cráneo se observa la implantación del pelo, su color, si es quebradizo, reseco, grasoso, etc. se buscan exostosis, hundimientos, si existe caspa o no, si el pelo se implanta deacuerdo con la edad, con el sexo, la forma y el volumen del cráneo, si existen cicatrices, tumoraciones, etc.

En la cara se estudia: La frente, su forma, volumen, estado de la superficie, (aquí se estudiará la piel su coloración, manchas, cicatrices y movimientos) se debe anotar el estado de las arrugas.

Ojos y Anexos: En las cejas hay que investigar su simetría, su abundancia o escasez, ya que la alopecia de la cola de las cejas se observa frecuentemente como signo de sífilis, o de la lepra, en los ojos se estudiarán los párpados y el globo ocular, en los primeros se buscarán signos que nos proporcionen datos sobre edema o discracias sanguíneas, en las conjuntivas se observará coloración y humedad. En el globo ocular se investiga, coloración de la esclerótica, tamaño de las pupilas su respuesta a la luz, (reflejo fotomotor, motomotor y cosensual) refle-

jo de acomodación, movilidad ocular, campimetría clínica y agudeza visual.

Nariz: Se observará su forma, volumen, estado de la superficie, movimientos del ala de la nariz, permeabilidad, desviaciones del tabique, hipertrofia de cornetes, estado de la mucosa y olfato.

Boca: Al igual que en todas las demás regiones, utilizaremos todos los métodos de exploración, inspección, palpación (tacto) y la percusión para despertar dolor.

Así la exploración de la Boca la empezamos por los labios, anotando, forma, volumen, estado de la comisura labial, de los carrillos, anotamos el estado de la mucosa, color, tumoraciones manchas y ulceraciones.

Dientes estudiaremos morfología, número y tamaño, caries grado y clase, ausencia de piezas y causa, si existen protesis, especificaremos el tipo y de donde a donde van. Encía, forma, volumen, consistencia y color. Piso de la boca, estado de la mucosa, cambios de volumen, tumoraciones, glándulas salivales, permeabilidad de los conductos, tipo de saliva y cantidad. Paladar, anotaremos simetría y profundidad, especificando cambios de color y forma y volumen, ulceraciones, etc. tanto en paladar duro como en blando. Lengua, estudiaremos forma, volumen, estado de la superficie, coloración, etc. (lengua escrotal, geográfica, bífida, saburral, pilosa) movimientos y tumoraciones, etc. Finalmente se estudiarán las inserciones musculares o frenillos, tanto superiores como inferiores y en conjunto se valorará la higiene bucal del paciente, relación de oclusión, de acuerdo a la clasificación de Angle y movimientos bucales en general.

Orejas: Se estudia su implantación, estado de la superficie, tumoraciones, profundidad de los surcos, permeabilidad del conducto auditivo externo, la integridad del tímpano y agudeza visual.

Cuello: Se le estudia forma, volumen, estado de la superficie y movimientos, pulso, movilidad de la tráquea, se palpa la glándula tiroides para delimitar sus lóbulos, así como, tumoraciones, ganglios dolorosos y vertebrales cervicales.

Torax: Para explorar el tórax el paciente debe estar desnudo, en posición adecuada (sentado) manos sobre los muslos, hombros caídos y evitando contracciones musculares; los datos que se obtienen son forma, vo

lumen estado de la superficie, y movimientos, a la palpación se obtienen datos como, tumoraciones, choque de la punta, cicatrices, deformaciones regionales, a la auscultación se buscará el murmullo vesicular normal o bien estertores, clasificándolos de acuerdo con su tipo, (gruesos transmitidos, alveolares, roncantes, crepitantes, etc.) anotando el sitio exacto donde se encuentran dichos estertores. Del área cardiaca se anotará frecuencia, ritmo e intensidad cardiaca, ruidos anormales, como soplos, chasquidos, reforzamientos, ritmo de galope, taquicardia, etc. Nota. Se debe anotar el tipo de tórax que será normal, en tonel, excavado, en quilla de barco, pecho de paloma, raquitico, etc.

Abdomen: Como en cualquier otra región los datos que se obtienen son relativos a forma, volumen, estado de la superficie, y movimientos, se debe tomar muy en cuenta la edad ya que, el abdomen es globoso en el niño, aplanado en el joven y más convexo en el adulto, se debe anotar anomalías en la superficie, reflejos, presencia de dolor a la palpación superficial o profunda, de acuerdo con los datos obtenidos hasta el momento de la exploración puede reducirse a órganos, como el hígado, bazo, estomago, riñones, etc. La investigación del abdomen se complementa con los tactos rectal o vaginal según el caso.

Extremidades. Se investigará la forma, volumen estado de la superficie y movimientos, tanto de extremidades superiores como de inferiores destacando integridad, tamaño, simetría, tumoraciones, pigmentaciones, deformaciones, movimientos anormales, contracturas musculares, sensibilidad, temperatura, hidratación, tono muscular, presencia de edema, crepitaciones, esguinces, búsqueda de reflejos osteotendinosos y soplos.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

Una vez terminada la exploración, el clínico debe tener una idea más o menos clara del padecimiento que aqueja al paciente, dado que en nuestro medio, los pacientes son de escasos recursos y los exámenes de laboratorio sumamente caros, el médico, deberá tomar en cuenta este punto al solicitar dichos estudios, y solamente se deberán pedir los exámenes que se crean necesarios, para aclarar dudas, o para corroborar el diagnóstico, en nuestro caso nos concretaremos a pedir, los exámenes de rutina como son: Biometría hemática, Química sanguínea, y general de o-

rina. En cuanto a los estudios de gabinete, se pedirán Rayos X de las piezas dentales por cuyo tratamiento acude el paciente: Ocasionalmente se pedirán Rx. lateral de cráneo para situar el canino en el paladar o bien para verificar fracturas en el cóndilo.

Otro estudio que no debemos olvidar es el tiempo de coagulación y retracción del coágulo.

GENERALIDADES

La cirugía oral, es exclusiva y muy específica, tomando en cuenta las condiciones de la cavidad oral, en la que encontramos un campo operatorio estrecho y dificultoso. Solo con una gran preparación y un ejercicio completo y progresivo, además, de un gran conocimiento de las regiones anatómicas bucales, pueden dar el dominio en la práctica clínica, para ejecutar con facilidad aparente, una cirugía fina y minuciosa en los casos de inclusión dentaria en paladar.

La cirugía bucal no se aparta en ningún momento de la cirugía general y tiene como base los mismos principios, solo que, por la índole del terreno donde se practica la intervención adquiere, una modalidad específica.

Una intervención quirúrgica en cavidad oral se compone de los siguientes tiempos:

- 1.- Incisión.
- 2.- Desprendimiento de colgajo
- 3.- Osteotomía
- 4.- Extracción propiamente dicha.
- 5.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 6.- Sutura.

Mencionaremos cada uno de éstos tiempos quirúrgicos en ésta sección con el fin de no salirnos de tema, una vez que lleguemos a la explicación de las técnicas de cirugía, punto principal de ésta tesis.

I N C I S I O N

La incisión, es una maniobra mediante la cual, se abren los tejidos

superficiales, para llegar a planos más profundos y realizar así, el objetivo de la intervención, dicha incisión puede hacerse por medios mecánicos o eléctricos.

El instrumento más común para realizar la incisión es el bisturí (mango # 3 hoja # 15). Este se toma con la mano derecha como si fuera una lapicera y debe estar apoyado firmemente entre la cara palmar del dedo índice, la cara palmar del pulgar y el borde radial del dedo medio, la porción posterior del mango del bisturí, descansa en el espacio interdigital de los dedos índice y pulgar. El punto de apoyo, tan importante en cualquier intervención, se logra, apoyando los dedos y anular sobre la arcada vecina o sobre otro plano resistente.

La incisión debe reunir una serie de condiciones para que el colgajo, una vez realizada la intervención, conserve su vitalidad y se reincorpore a las funciones que le corresponden.

1.- Al trazar una incisión y circunscribir un colgajo, éste debe tener una base lo suficientemente ancha, para evitar trastornos nutritivos y necróticos por falta de irrigación.

2.- Debe tenerse presente al trazar una incisión el recorrido de los vasos importantes, para evitar su sección y prever hemorragias innecesarias.

3.- Un bisturí filoso, un trazo correcto de una sola línea; sin trazos secundarios corresponde a una buena adaptación y cicatrización.

4.- La incisión debe ser trazada de tal manera, que permita una visión perfecta del campo operatorio y no debe oponerse a las maniobras quirúrgicas.

5.- La incisión debe ser lo suficientemente amplia para evitar desgarramientos y traumatismos de las partes blandas, que se traducen en necrosis y esfacelos del tejido gingival, ya que, pequeñas incisiones dificultan y entorpecen el acto operatorio. Algunos milímetros de más no significan nada para el proceso de cicatrización, pero tampoco debe exagerarse.

6.- La incisión debe trazarse de tal modo, que al adosar nuevamente el colgajo en su lugar primitivo, la línea de incisión repose sobre hueso sano e íntegro, para que después de la sutura la mucosa no se sumerja en la cavidad ósea realizada.

Una incisión se realiza para obtener un colgajo, que refiriéndose a la mucosa bucal, es un trozo de mucoperiostio delimitado por dos incisiones ó la superficie de una incisión arqueada, dentro de nuestro tema, existe otro tipo de incisiones, que no se lleva a cabo en pleno tejido gingival, sino que, se hace despegando la fibromucosa del cuello de los dientes y es con la cual se obtiene el colgajo palatino, para la extracción de caninos incluidos en paladar.

Después de realizada la incisión, se coloca entre los labios de la herida ó entre la fibromucosa y la arcada dentaria una legra, espátula de Freer, o periostotomo, apoyándose contra el hueso y realizando pequeños movimientos circulares a expensas del eje mayor del instrumento, se desprende la mucosa de su inserción con el hueso elevando a la vez fibromucosa y periostio, cuando el colgajo es muy extenso se toma el colgajo ya desprendido con unas pinzas de punta roma, y se levanta al mismo tiempo que se sigue desprendiendo. Dicho desprendimiento debe de hacerse en toda la extensión que requiera la operación, cuando se encuentre con planos musculares de poco volumen y extensión, éstos deberán ser legrados en su inserción. Después de haber levantado totalmente el colgajo, para fines prácticos y para evitar dificultad en la visibilidad y además no traumatizar el colgajo durante la intervención, se pasa por éste un hilo de sutura y se amarra a uno de los molares del lado opuesto, en caso de pacientes desdentados el hilo rienda puede ser fijado a la compresa protectora.

O S T E O T O M I A

La osteotomía, es la parte de la operación que consiste en eliminar o extraer el hueso que cubre el objeto de la intervención y puede realizarse por medio de escoplo, pinzas, gubias o fresa.

OSTEOTOMIA POR ESCOPLA.

Después de levantar el colgajo, cuando el hueso está al descubierto, se toma el escoplo con la mano izquierda entre la cara palmar del dedo pulgar y los pulpejos de los dedos índice y medio, los dedos restantes sirven para buscar el punto de apoyo, el martillo se toma con la mano derecha y actúa sobre el extremo del escoplo, con golpes secos pe-

ro efectivos, ya que es preferible, un golpe con resultados prácticos, - que una sucesión de éstos, sin otro resultado que molestar al paciente. Si el operador no esgrime el martillo, esto lo hace el ayudante, entonces, se toma el escoplo con la mano derecha, en la misma forma que lo señalamos para la mano izquierda.

OSTEOTOMIA CON PINZAS GUBIAS.

La osteotomía con pinzas gubias se usa para agrandar orificios --- previamente hechos por el escoplo ó bien para resecaer hueso del borde - alveolar. La pinza gubia se apoya sobre el hueco de la mano, con el pulgar sobre una de las ramas y los dedos restantes sobre la otra, ésta pinza posee un mecanismo que le permite abrirse mecánicamente después de ser cerrada por la mano del operador, con sucesivos golpes de cierre y apertura se va extrayendo la cantidad de hueso requerido.

OSTEOTOMIA CON FRESA.

La osteotomía con fresa es mucho más sencilla y menos traumática, - ya que la fresa actúa cortando y eliminando hueso en su totalidad. Generalmente se lleva a cabo con una fresa de carburo del #8 de bola, haciendo perforaciones vecinas entre sí y luego se unen éstas perforaciones con una fresa de fisura también de carburo y se levanta la lámina ósea, quedando una ventana quirúrgica bien delimitada, ésta fresa debe actuar siempre a chorro de agua esterilizada o suero fisiológico para evitar el recalentamiento, que pudiera producir lesiones o secuestros óseos.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Esta maniobra quirúrgica no es necesario explicarla aquí, ya que lo haremos en detalle en la técnica quirúrgica.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

El tratamiento de éstas cavidades se llevó a cabo colocando medicamentos, gelfoam, etc.

S U T U R A

La sutura, es la maniobra que tiene por objeto, reunir los tejidos blandos separados por la incisión, maniobra indispensable en cirugía general, así como, en cirugía bucal.

Casi por regla general, dentro de la cirugía, se utiliza para realizar un punto de sutura el porta-agujas. Este instrumento se toma con la mano derecha, comodamente apoyado en el pulgar, por un lado y los tres últimos dedos por el lado opuesto, el dedo índice, apoyado sobre el instrumento sirve de director.

Para realizar un punto de sutura se toma la aguja previamente enhebrada aproximadamente en el centro de su arco, con dicho instrumento y se le hace perforar la mucosa del lado palatino, se observa entre los labios de la herida y perfora nuevamente la mucosa del lado opuesto, en éste momento el porta-agujas abandona la aguja y vuelve a tomarla ya del otro lado, se hace un movimiento de tracción y emerge la aguja, quedando el hilo listo para hacer el nudo.

El método de sutura a puntos separados es el más utilizado en cirugía bucal y consiste como su nombre lo indica, en realizar puntos independientes el uno del otro. Para lograrlo se repite el procedimiento arriba explicado, se recorre el hilo el trayecto que necesite para quedar tenso, se unen perfectamente los bordes de la herida y se hace un nudo.

La sutura con nudos simples no siempre da seguridad, puesto que pueden correrse, para evitar éstos riesgos, se emplean los llamados nudos de cirujano, que se hacen, realizando un doble entrecruzamiento de los extremos de ambas puntas del hilo. Esta maniobra se hace ayudandonos con el porta-agujas y es muy sencillo el procedimiento, una vez que se tiene ya pasado el hilo por los labios de la herida, se toma un extremo con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda, se apoya en el porta-agujas y se le hace dar dos vueltas al rededor de éste, se entra sobre el instrumento y se toma el extremo del hilo que se encuentra libre, se tracciona el porta-agujas de tal manera, que el hilo envuelto en él, se deslice y el cabo libre pase entre ellos, se ajusta a nivel de la herida y se tiene hecha la primera parte del nudo, para complementarlo, se lleva a cabo la misma maniobra pero en sentido inverso.

ETIOLOGIA Y CLASIFICACION

El problema de la inclusión del canino superior, como ya dijimos - antes es ante todo un problema mecánico, dado a que todo diente está -- destinado a hacer su erupción normal y a aparecer en la arcada dentaria, igual que sus congéneres erupcionados, pero en un momento dado puede encontrar un obstáculo que impida la realización de dicha erupción o bien exista otro factor general que la interrumpa, entonces se dará la inclusión.

Los factores etiológicos se pueden dividir de la siguiente manera:

- 1.- Factores embriológicos.
- 2.- Factores mecánicos.
- 3.- Factores generales.

Embriológicamente la ubicación especial de un germen dentario en un sitio muy alejado al de normal erupción, impedirá que éste diente por - razones mecánicas no brote ya que, su fuerza eruptiva no será suficiente para hacerle llegar hasta el borde alveolar. Por otra parte el germen - dentario puede hayarse en una situación ideal, pero en una angulación - tal, que al calcificarse el diente y empezar su trabajo de erupción, la corona tiene contacto con el diente vecino y éste constituya una verdadera fijación, lo que impedirá la erupción.

FACTORES MECANICOS

- A).- Falta de espacio. Por regla general el canino, de acuerdo con el orden normal de erupción, está en una posición muy alta dentro del maxilar, cuando los premolares están erupcionando, en éste momento los incisivos se encuentran ya en su posición y tomando en cuenta que el canino temporal es el encargado de mantener el espacio para su sucesor perma-nente, es muy angosto en sentido mesio-distal, cualquier movimiento --- del incisivo lateral superior o del primer premolar superior hacia distal y mesial respectivamente, originará un acunamiento y el espacio se reduce todavía más, dando lugar a la inclusión.
- B).- Hueso compacto. Que no puede ser vencido por la fuerza eruptiva.
- C).- Elementos patológicos como: Dientes supernumerarios y tumores (---odontomas, quistes, etc.).

CAUSAS GENERALES

Todas las enfermedades en relación directa con las glándulas de secreción interna, las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, raquitismo, osteomalasia, osteomielitis, etc. Pueden crear trastornos de la erupción dentaria y provocar una inclusión.

CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS

Los caninos incluidos están clasificados de tal manera, que se pueda aplicar dicha clasificación a todos y cada uno de los casos que se presenten, en todos los tipos de pacientes y en todas las épocas de la vida, de tal manera que, se toman como base tres puntos esenciales para tal efecto.

- 1.- La inclusión puede ser simple o doble.
- 2.- La inclusión puede ser del lado palatino o del lado vestibular.
- 3.- Los caninos incluidos, pueden existir en maxilares dentados o desdentados.

Así tomando en cuenta lo anterior, se pueden clasificar todos los casos en forma más apropiada.

CLASE I.- Maxilar dentado, canino ubicado del lado palatino, cerca o lejos de la arcada dentaria y siempre será unilateral.

CLASE II.- Maxilar dentado, caninos ubicados del lado palatino con inclusión bilateral.

CLASE III.-Maxilar dentado, diente ubicado del lado vestibular y unilateral.

CLASE IV.- Maxilar dentado, inclusión vestibular bilateral.

CLASE V.- Maxilar dentado, caninos vestibulo-palatinos con inclusión mixta.

CLASE VI.- Maxilar desdentado, canino incluido del lado palatino sea unilateral o bilateral.

CLASE VII.-Maxilar desdentado, diente incluido del lado vestibular unilateral o bilateral.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS EN PALADAR

Está indicada la exodoncia de caninos superiores incluidos, cuando estos dientes no puedan, por medio de tratamientos de ortodoncia ser - llevados a su sitio normal de implantación, cuando falle el tratamiento de ortodoncia o que produzcan molestias por sí solos (muchos autores o pinan que todo diente incluido debe ser extraído). Nuestra opinión, se inclina a indicar la exodoncia, solo cuando se producen transtornos, y- en la preparación de prótesis, por ejemplo, en un paciente desdentado y cuando la ortodoncia no puede, por la forma de inclusión, lograr un tra tamiento conservador.

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS.

Las contraindicaciones de los caninos incluidos, la clasificamos - relacionándolas con el diente en sí, con los tejidos dentarios, y con el estado general del paciente.

A).- Afecciones que dependen del diente a extraer.

B).- Cuando el diente esté en condiciones favorables para realizar un- tratamiento de ortodoncia.

C).- Estados fisiológicos, (menstruación y embarazo). Menstruación. - Constituye una contraindicación, salvo casos de urgencia, el estado ge- neral de la paciente y sus hormonas están modificadas en la época de la regla, aunque hoy en día, con una paciente en pleno periodo menstrual si tenemos un estado Psíquico favorable no existe ningún problema.

Embarazo. A excepción hecha de ciertos casos, no es una contraindi cación para la extracción dentaria, ya que en la práctica de la Odonto- logía, se ha visto que acarrearán más transtornos el dolor y las complica- ciones de origen dentario, que la extracción misma, además, la regla ge neral sostiene que, cuanto más adelantada está la gestación, menos in- convenientes sufre la madre. (Palacios Costa N. Roboltti C.F.) Sostie ne en estudios realizados en 302 mujeres embarazadas, que no se pre- sentó, ni un solo accidente y concluyen que es más perjudicial, la afec ción dentaria con toda la gama de sintomatología, como dolor, inflama- ción, irritación, etc. Que la exodoncia de éste tipo, sin que importe - para ello el tipo de anestesia utilizada o la época de la gestación.

D).- Aparatos y sistemas. Las afecciones generales que contraindican toda intervención en la cavidad oral, no las estudiaremos, ya que la prohibición de la intervención, estará dada por el clínico, por lo que solo diremos, que se ajustan a las contraindicaciones de toda cirugía, considerando innecesaria su explicación, puesto que son por todos conocidas.

A N E S T E S I A

La anestesia, es la supresión del dolor por medios terapéuticos, - consiste en administrar fármacos por diferentes vías dentro del organismo, para bloquear los impulsos nerviosos, que llevan al Sistema Nervioso Central, la sensibilidad dolorosa. Dichos anestésicos se dividen por sus características en locales y generales.

ANESTESIA LOCAL.

La anestesia local, es la inhibición por medios terapéuticos de la sensibilidad dolorosa, manteniéndose intacta la conciencia del paciente, en nuestra profesión, ésta anestesia, de una zona específica se logra - inyectando sustancias químicas, las que al ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas libres, anulan el dolor suprimiendo la conducción de los impulsos nerviosos.

Hoy en día, contamos con un gran número de anestésicos locales específicos para la práctica odontológica, entre ellos encontramos, la - xilocaína, carbocaina, ambas con epinefrina o sin ella, el Citanest con octapresin, así como xilocaína en pomada y en espray, para la anestesia de la mucosa.

Los productos arriba mencionados, vienen en cartuchos especialmente adaptados, para su uso en la jeringa Carpule.

MANIOBRAS PREANESTESICAS COMUNES

Premedicación.- Casi por regla general, en la anestesia local y regional, ésta medida se descuida, desde luego no es necesaria en todos los casos, ya que en un paciente normal y siendo una intervención corta, el anestésico solo, será suficiente para realizar con éxito el trabajo que se tenga que hacer, sin embargo, existen pacientes muy nerviosos y pusi

lánimes en los cuales, la administración de un medicamento antes de la anestesia, ayuda a mejorar su efecto, mantiene al paciente tranquilo y reduce el dolor postoperatorio.

La punción de la aguja, en el momento de la inyección es siempre - dolorosa, para evitar dicho dolor, colocaremos anestesia en pomada o es pray.

La esterilización de la mucosa en el medio bucal es casi imposible, por la abundancia de la flora normal, pero como medida de prevención, se pasará una torunda de algodón con alguna solución antiséptica en el sitio donde se puncione.

TECNICA DE INYECCION SUBMUCOSA PROFUNDA.

La inyección submucosa profunda, debe ser realizada en el fondo del surco vestibular, para bloquear así las terminaciones nerviosas que llegan al ápice dentario, al hueso, al perióstio y a la encía de la pieza elegida en el maxilar superior. El fondo del surco vestibular es el menos sensible, ya que la punción en la encía insertada es más dolorosa, de modo que, sea cual fuere la zona del maxilar que se va a anestésiar, debe tomarse el labio con el dedo índice y el pulgar traccionando hacia arriba y afuera, de tal manera que, la mucosa y los frenillos subyacentes queden tensos y firmes, después de perforar la mucosa se depositan 4 o 5 gotas de anestésico y se sigue avanzando inyectando anestesia al paso de la aguja, hasta ubicar la punta de ésta y siempre con el bice dirigido hacia el hueso, por encima del ápice del diente que se va a intervenir, para evitar dolor innecesario, es una buena medida el calentar el cartucho hasta llegar aproximadamente a la temperatura corporal, esto se logra con la flama del mechero o bien frotando el cartucho entre las manos.

ANESTESIA REGIONAL

Se denomina anestesia regional o troncular, a la que se realiza — llevando la solución hasta ponerla en contacto con un tronco nervioso o rama nerviosa importante, en nuestra práctica quirúrgica está ligada exclusivamente a la distribución anatómica del nervio trigémino y para ser más exactos a las ramas maxilar superior y mandibular de dicho ner-

vio. En este trabajo nos dedicaremos a dos técnicas por ser las usuales para la práctica quirúrgica del canino incluido, y son: La anestesia de los nervios dentarios anteriores o infraorbitarios y la del nervio naso palatino.

ANESTESIA INFRAORBITARIA

Los nervios dentarios anteriores se separan del nervio maxilar superior en el conducto infraorbitario, descendiendo por delante de la pared anterior del seno maxilar, y se dividen en tres ramas que van a inervar, el incisivo, el lateral, y el canino, después de separarse éstos nervios, el nervio maxilar sigue su recorrido por el conducto infraorbí tario y al atravesar dicho orificio se abre en un penacho terminal, inervando el parpado inferior, el ala de la nariz, labio superior con sus capas dérmicas, muscular y mucosa y la cara bucal de la enca.

T E C N I C A

Se traza una línea imaginaria que pase por ambos bordes infraorbí tarios, a ésta, se le corta con otra línea vertical, que partiendo de la pupila coincida con el eje mayor del segundo premolar y sobre ésta línea encontramos, el agujero supraorbitario, el infraorbitario y el mentoniano, el agujero infraorbitario queda a 7 mm. aproximadamente del reborde orbitario.

La anestesia de los nervios dentarios, ésta indicada en intervencio nes quirúrgicas sobre la región labial, porción anterior del maxilar -- (quistes, apicectomías de éstos dientes y caninos superior incluido), dicha anestesia puede realizarse por dos vías, la intrabucal y la extra bucal, estudiaremos la técnica de la primera por ser la usual en Odontología.

VIA INTRABUCAL

El paciente debe de estar comodamente sentado con la línea oclusal horizontal, el operador a la derecha de éste y ligeramente por delante, el dedo índice de la mano izquierda, reconoce los elementos anatómicos- y queda fijo sobre el orificio suborbitario, con el dedo pulgar de la -

misma mano se levanta el labio dejando al descubierto la región del ápice del canino, con aguja larga se hace la punción en el fondo del surco vestibular, deslizando la aguja lentamente y depositando pequeñas gotas de anestésico, sin tocar hueso y en dirección a la pupila, hasta llegar al orificio buscado, cuando el dedo índice percibe la aguja estamos en el sitio deseado, luego se inyectan unas gotas de anestésico para permitir las maniobras posteriores, después se levanta la jeringa buscando-- la dirección del conducto y por tacto se penetra en él, solo a una profundidad de medio centímetro y se descarga lentamente la solución anestésica, si la aguja no penetró en el conducto, la solución deberá penetrar en él, merced a masajes circulares suaves realizados sobre la piel.

ANESTESIA DEL AGUJERO NASOPALATINO

En la bóveda palatina sobre la línea media y por detras de los incisivos centrales, se encuentra el orificio exterior del conducto palatino anterior, formado por los dos canales palatinos, pertenecientes cada uno al borde interno de las apófisis palatinas del hueso maxilar superior de cada lado.

Los nervios nasopalatinos, inervan la parte anterior del paladar - hasta la altura del canino, el orificio coincide con la papila palatina, que es muy visible haciendo abrir la boca al paciente.

TECNICA DE ANESTESIA

Con aguja corta del # 27 se punciona en la base de la papila del lado derecho o izquierdo, pero jamás en el cuerpo de la papila, después de atravesar la mucosa y llegar al conducto palatino, se depositan muy lentamente de 0.5 a 1 cc. de solución anestésica.

La anestesia de los nervios palatinos, se realiza por lo común como anestesia de complemento o de cierre de circuito, los síntomas de dicha anestesia no son muy manifiestos, ya que predominan los síntomas de la anestesia principal y ésta únicamente se hace con el fin de disminuir la sensibilidad en el territorio que corresponde al nervio inyectado.

ANESTESIA GENERAL

Anestesia general es la pérdida de la sensibilidad dolorosa, con -

pérdida de la conciencia, ésto se logra, por la administración de drogas por diferentes vías.

Todos los signos y síntomas clínicos de la anestesia general, son el resultado de la acción de las sustancias químicas sobre el sistema nervioso central. Cualquiera que sea la explicación definitiva de la narcosis que producen éstos fármacos, parece evidente que la profundidad de la anestesia es proporcional, a la dosis del fármaco que pasa por el sistema nervioso central.

En el curso de los años los anestésicos generales, han sido administrados por inhalación, ingestión, instilación rectal, e intravenosamente, pero de todos ellos el más seguro es el de inhalación y por ende es el más usado.

Para realizar cualquier acto quirúrgico, bajo anestesia general se requiere de alguien con habilidad y conocimiento sobre los anestésicos generales, (el anestesiólogo) de tal manera que en ésta tesis solo se mencionarán los períodos de la anestesia general, ya que, por ningún motivo, un odontólogo llevará una anestesia general en un consultorio.

PERIODOS DE LA ANESTESIA GENERAL.

Habitualmente, la administración de la anestesia se divide en tres fases. La primera es la inducción de la anestesia, que incluye desde el principio de la anestesia, hasta que alcanza el tercer período o quirúrgico. En éste período aumenta rápidamente la concentración del anestésico en la circulación y en los tejidos. La segunda fase o de mantenimiento, es el lapso durante el cual se realiza la operación y los tejidos corporales tienden a la saturación; de acuerdo con las necesidades quirúrgicas, en éste período se varía el plano de la anestesia. La tercera fase es la de recuperación de la anestesia y se inicia en el momento en que se abandona la administración del anestésico y termina cuando se recuperan los reflejos completamente.

PERIODO 1.- DE ANALGESIA. Se inicia con la administración del anestésico y termina con la pérdida de la conciencia, en el se han descrito sensaciones de lejanía, caída, flote, sofocación, aberraciones visuales y auditivas, durante éste período, la sugestión y la tranquilización, ayudan a calmar temores y disminuyen las reacciones indeseables, algu-

nos autores opinan que se pueden hacer durante este periodo procedimientos de cirugía menor, tales como, maniobras ostétricas, extracciones dentarias e incisión y drenaje de abscesos, pero como es difícil mantener la analgesia sin que progrese al siguiente periodo, existe un gran riesgo de reacciones violentas.

PERIODO II.- DE DELIRIO. Es una etapa de excitación delirio o resistencia en que se pierde la conciencia y se inhibe la actividad.

El inicio de este periodo puede ser difícil de descubrir, pues éste puede pasar rápidamente en el sujeto que recibe preparación psicológica y medicación preanestésica adecuada, también se reduce cuando se emplean anestésicos que actúan rápidamente, se puede observar apnea, taquipnea o hiperventilación, las pupilas se dilatan, el forcejeo y el movimiento durante este periodo, es una de las razones por las que debe atarse al paciente antes de la anestesia, puede aparecer salivación, deglución y vómito, si el paciente dura mucho en este periodo.

PERIODO III.- ANESTESIA QUIRURGICA. Es un periodo de inconciencia con depresión refleja, se alcanza cuando aparecen movimientos respiratorios regulares, el primer signo puede ser la obstrucción de la respiración, lo que indica que la lengua obstruye la faringe, porque se ha desplazado hacia atrás debido a la relajación muscular, el vómito desaparece y el tono de los párpados disminuye o desaparece.

PERIODO IV.- PARALISIS RESPIRATORIA. En este periodo toda la actividad del sistema nervioso se deprime y se puede llegar al paro cardiorespiratorio, es reversible, si la administración del anestésico se suspende y en lugar de él se administra oxígeno. Se deduce que es peligroso llegar a este periodo de la anestesia y por lo tanto el anestesista evitará -- llegar a él.

CIRUGIA EN HOSPITAL

Dentro de la Odontología, se han incrementado el número de pacientes que ingresan a un hospital con el único fin de que se les practique una cirugía bucal. Esto se debe al gran adelanto odontológico y más específicamente de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, aunque

algunos profesionales consideran innecesaria la hospitalización para efectos de extracciones múltiples con alveolotomía, la extirpación quirúrgica de quistes, tumores y dientes incluidos, reducción abierta o cerrada de fracturas de los huesos faciales y corrección de malformaciones maxilares. Nuestro criterio nos lleva a la conclusión de que: Cualquier intervención quirúrgica de la cavidad oral así como del maxilar, debe tener las mismas consideraciones que la cirugía general y por lo tanto debe ser llevada a cabo en un hospital, con anestesia general, -- donde el paciente pueda recibir un tratamiento adecuado, tanto preoperatorio, como postoperatorio, así como medidas de seguridad, para evitar complicaciones que pongan en peligro la vida del enfermo.

Dentro de una gran ciudad como la nuestra y aun fuera de ella, existen pacientes con los cuales hay que tener mucho cuidado, sobre todo -- cuando a la edad se suman un sin número de enfermedades sistémicas como la diabetes, discracias sanguíneas, afecciones cardiovasculares, respiratorias, etc., que hacen difícil que el profesional pueda realizar la intervención en su consultorio, éstos serán factores determinantes, para elegir el lugar y el momento oportuno, para hacer la cirugía dentro de un hospital, respaldado por un cuerpo médico y con una seguridad absoluta de que cualquier emergencia que se presente será resuelta satisfactoriamente.

ADMISION DEL PACIENTE

Al paciente odontológico, a su ingreso a un hospital, se le debe -- prestar la misma atención médica, que a los demás pacientes que ingresan a otros servicios, de tal manera que dicho enfermo reciba doble atención médica y dental.

En algunos hospitales, la sección de cirugía bucal es la misma que para cirugía general, en otros están por separado y tienen la misma categoría. En tal caso, la admisión del paciente la hace el cirujano dentista y por ende tiene la responsabilidad legal del enfermo. En otros -- hospitales, por regla general, la admisión del paciente la hará un médico, el cual tendrá que hacer una historia clínica completa, pero el odontólogo encargado de realizar la intervención, tendrá que efectuar -- los mismos requisitos y registrará en la historia clínica, el examen -- físico en su sección bucal.

En la mayoría de los hospitales, los pacientes para cirugía se internan 24 hrs. antes de la operación o es requisito indispensable por lo menos, que pasen la noche ya internados, en éste período de tiempo, deberá chequearse nuevamente la historia de laboratorio y gabinete.

HISTORIA CLINICA

Como dijimos al principio de éste trabajo, el propósito de hacer una historia clínica del paciente que se va a operar, es descubrir, por exámen sistemático de sus antecedentes, cualquier contraindicación de la cirugía, anestésicos o drogas. Para no hacer pesado éste capítulo no lo repetiremos ya que lo estudiamos al principio.

EXAMENES DE LABORATORIO

Las pruebas de laboratorio son de gran ayuda para el diagnóstico y son útiles sólo si el clínico conoce qué exámenes ha de pedir y cómo interpretar los resultados. De modo que nos concretaremos a:

- 1.- Exámen general de orina.
- 2.- Química sanguínea.
- 3.- Tiempo de coagulación, sangría y hemoglobina.

Solo se exigirán otros exámenes cuando existan enfermedades que así lo requieran y por orden del médico que trabaje en equipo con el cirujano.

ORDENES PRE-OPERATORIAS

En los hospitales donde hay departamento de anestesiología dirigido por un médico, es costumbre que él indique las órdenes preoperatorias aunque se le pueden hacer sugerencias, en cuanto a los medicamentos pre anestésicos y el tipo de anestesia. Cuando no existe éste departamento en el hospital, el propio odontólogo dará las órdenes preanestésicas -- como siguen:

- 1.- Cirugía bucal, con anestesia general, fecha y hora.

- 2.- Exámen de sangre completo (incluyendo hemoglobina).
- 3.- Exámen general de orina.
- 4.- Tiempo de coagulación y de sangría.
- 5.- Ninguna ingestión después de la media noche que precede a la operación.
- 6.- Quitar las prótesis si son removibles y dejarlas en el cuarto del enfermo.
- 7.- Dieta preoperatoria (especificando) lo que se le dará.
- 8.- Buches antisépticos, antes de ser llevado al quirófano, anotando - que tipo de solución será usada.
- 9.- Vaciado de la vejiga urinaria.
- 10.- Medicación preanestésica.
- 11.- Tipo de anestesia (nasoendotraqueal).

RUTINA DE LA SALA DE OPERACIONES

El cirujano dentista debe de prepararse para una operación de la - misma forma que lo hace el médico cirujano, aunque es imposible dadas - las condiciones de la cavidad oral, lograr un campo operatorio estéril, es de gran ayuda tratar de esterilizar la cavidad bucal y las regiones - que la circundan, para evitar hasta donde sea posible, introducir gérme nes patógenos, en la herida quirúrgica en el momento de la operación y - también con ésto lograr una seguridad aunque mínima para el propio ciru - jano.

El operador y cada ayudante después de quitarse el traje de calle - se ponen trajes o pijamas quirúrgicas confeccionadas en tela de algodón, en seguida se procede a colocarse un par de botas especiales, hechas de lona, que se adaptan por encima de los zapatos de calle, luego se colo - ca el gorro ajustándose de tal manera, que cubre todo el pelo y el tapa boca se pone en el cuello, para ocupar su lugar posteriormente, las man gas si son largas se enrollan por encima de los codos, se quitan todas las alhajas y se pasa a otra sala para realizar el lavado de manos.

PROCEDIMIENTO: Se regula el agua a una temperatura agradable, se toma - una pinza estéril y se saca un cepillo de madera de la cubeta, se enjua - ga en agua corriente y se le agrega jabón líquido, posteriormente se em pieza a frotar la palma de la mano izquierda con movimientos firmes de -

barrido manteniendo la palma de la mano, hacia el operador y a una altura del hombro, los dedos con los mismos movimientos deberán ser lavados por sus cuatro lados o superficies, asegurándose que las uñas están completamente limpias, enseguida se procede a lavar el antebrazo ejecutando iguales movimientos y frotando las cuatro superficies, después de lavar el brazo hasta el codo se repite el mismo procedimiento con la otra mano, se vuelve a repetir dos o tres veces el mismo procedimiento con la otra mano, se vuelve a repetir dos o tres veces si es necesario, al final se enjuagan ambas manos, se cierra la llave con el cepillo, se abandona éste en la pila de lavado, se camina hacia la sala de operaciones con las manos en alto mientras la enfermera ofrece una toalla esterilizada, se secan las manos y la enfermera coloca delante del cirujano la bata o delantal estéril, se pone en su sitio introduciendo las manos y una vez en su lugar, la enfermera ata en la parte posterior los cordones de la misma, enseguida se pone en las manos talco esterilizado y con ayuda de la enfermera se colocan los guantes ya que la técnica es tricta requiere, que éstos se coloquen sin tocar la superficie externa.

EQUIPO QUIRURGICO

El equipo quirúrgico está integrado por el operador, el ayudante, el anestésista, la enfermera instrumentista y la enfermera circulante.

OPERADOR.- Es siempre el jefe del equipo y asume la responsabilidad de los demás miembros de éste, y ellos deben de respetar sus instrucciones y obedecer cuando éste les de una orden.

AYUDANTE.- Su función es mantener la boca y el campo operatorio libre de sangre, moco, saliva y restos óseos o dentarios, utilizando continuamente el ejetor quirúrgico, a la vez que se encargará de la separación de los colgajos para mantener el campo operatorio bien expuesto, también, corta las suturas, usa el martillo, cambia fresas, cuida el taponamiento bucofaringeo y llama la atención al cirujano sobre cualquier cosa que éste pudiera pasar por alto.

ANESTESISTA.- Tiene bajo su responsabilidad el mantener un nivel adecuado de anestesia, observar al paciente constantemente y en caso de reac-

ciones anormales, comunicárselo al cirujano.

ENFERMERA INSTRUMENTISTA.- Debe tener en orden todo el instrumental necesario en las mesas, entregar en la mano instrumentos, gasas y suturas que el cirujano requiera y mantener ordenado todo el instrumental en el curso de toda la operación.

ENFERMERA CIRCULANTE.- Tiene como función anudar las ropas estériles del cirujano y ayudante en la espalda, arregla la fuente de luz, si se necesitan instrumentos, medicamentos u otras cosas que no se tengan en el quirófano ella será la encargada de procurarlos.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

El instrumental es colocado en una mesa por la enfermera instrumentista y contiene todo lo necesario para la cirugía bucal ya que contiene instrumental para varias cirugías, ésta mesa estará cubierta por una compresa esterilizada, los instrumentos y el material necesario para la extracción de caninos incluidos, se colocan en una mesa de Mayo y ésta se pone sobre la mesa de operaciones encima del paciente, de modo que, esté a la mano del operador y de la enfermera instrumentista, aquí se coloca el número mínimo de instrumentos, por ejemplo, bisturíes, hojas de bisturíes, pinzas hemostáticas, abrebocas, pinzas para gasas, ganchos para compresas, elevadores de todos sus tipos, forceps, escoplo, martillo, fresas, limas para hueso, espejos, tijeras, material de sutura, etc.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO

Cuando la intervención termina, el cirujano debe hacer una revisión cuidadosa y checar que el taponamiento bucofaringeo haya sido retirado y no existan coágulos ni restos óseos ni dentarios. El paciente se traslada de la mesa de operaciones a la sala de recuperación y se coloca de lado o sobre el abdomen, debe tener una vigilancia constante tomando el pulso y la respiración cada 15 minutos, hasta que se haya recuperado, se aplican sobre la zona bolsas de hielo en periodos de 30 minutos para reducir el edema postoperatorio y en caso necesario se administra solu-

ción glucosada por venoclisis y algún calmante si el paciente lo requiere después de la acción de la anestesia, se le permite comer y beber apenas pueda y algo muy importante, es la visita en la sala de recuperación del cirujano que hizo la intervención, cuando el paciente se haya recuperado totalmente.

ORDENES POSTOPERATORIAS

- 1.- Saquense las gasas de la boca cuando el paciente reaccione.
- 2.- Si existe hemorragia colóquense gasas nuevamente y dígame al paciente que muerda firmemente sobre ellas.
- 3.- En caso de dolor adminístrese 500 mgs. de ácido acetyl salisilico cada 4 Hrs. o cualquier otro analgésico.
- 4.- Colequense bolsas de hielo en períodos de treinta minutos cada hora.
- 5.- Dieta blanda y líquidos.
- 6.- Mantengase al paciente con la cabeza elevada y hágalo deambular cuando se haya recuperado totalmente.

Las ordenes especiales del cirujano deben ser indicadas en cada caso específico, hay que visitar al paciente diariamente y anotar la evolución clínica hasta que se dé de alta.

ORDENES PARA LA DIETA POSTOPERATORIA

La dieta blanda sin masticar está indicada para la mayoría de los pacientes después de una cirugía oral y tendrá alrededor de 2.500 calorías, el cirujano dentista se asegurará que el departamento de dietología comprenda bien el término de dieta blanda dental, las ordenes serán dadas - por escrito y se hará como siguen:

DESAYUNO.

Jugo de frutas 100grs.

Cereales.

Huevos pasados por agua. 1 huevo.

Crema 50 grs.

Café 1 taza.

COMIDA.

Sopa de crema 1 plato

Huevos 1 frito.

Jugo de frutas	1 vaso
Gelatina o helado	1
Crema	50 gra.
Café o Te	1 taza.
CENA.	
Licuada de frutas con leche	1 vaso
Cereales.	
Huevos pasados por agua	1
Flan	1
Te	1 taza.

TECNICAS QUIRURGICAS

DIAGNOSTICO.

Es la habilidad y destreza del clínico para descubrir, reconocer y saber la naturaleza de un proceso patológico, es decir estar familiarizado con las cualidades, evolución y desarrollo de una anomalía. En la práctica el cirujano dentista utiliza el diagnóstico clínico, que es la identificación de la enfermedad basada sólo en la observación y valoración de los signos y síntomas clínicos de la entidad patológica, aunque en cierto modo nos valemos de datos anamnésticos, radiológicos y en ocasiones de laboratorio.

El diagnóstico de un canino incluido en maxilar superior, su posición, su relación con los dientes vecinos y su clasificación, se realiza por medio de la inspección, palpación y por el exámen radiológico.

INSPECCION. Cuando se hace un exámen físico de la cavidad oral, la sola ausencia de un canino permanente en la arcada dentaria, así como la persistencia del temporario después de su etapa normal de exfoliación, pueden hacer sospechar de la inclusión.

La inspección visual descubrirá un relieve en el paladar o hacia el vestíbulo, la altura y deformación de la bóveda palatina nos dará datos preliminares de la probable zona donde está ubicado el canino.

PALPACION. En la boca éste método de exploración se llama tacto o tacción, ya que el dedo índice que investiga por medio del tacto, localiza una elevación en el paladar, de la misma consistencia que la tabla ósea y se llega a una probable localización, más exacta que la proporcionada por

la inspección.

EXAMEN RADIOLOGICO.

El examen radiológico del canino incluido, se realiza siguiendo normas que son de utilidad. Para enfrentar el problema quirúrgico no es suficiente una sola radiografía periapical, ya que ésta sólo nos confirma el diagnóstico de presunción.

Es de vital importancia ubicar en tres planos del espacio, de tal modo que en una radiografía debemos de ver la cúspide y el ápice, así como la vecindad con los demás dientes, seno maxilar y fosas nasales, ésta radiografía nos revelará también el tipo de tejido óseo, rarefacción, densidad y presencia del saco pericoronario.

El primer paso a seguir es verificar con absoluta precisión la clase a que pertenece el canino, es decir, la posición vestibular o palatina -- del diente incluido para elegir la vía de acceso. El método más preciso -- para ubicar con exactitud el canino, es la radiografía oclusal, con el rayo central paralelo al eje mayor de los incisivos.

Localización exacta del canino.

Ubicación del diente en el plano sagital.

Se logra haciendo varias tomas radiográficas con placas comunes. Se realizan tres tomas, la anterior, la media y la posterior.

TOMA ANTERIOR. Se coloca la película orientada verticalmente en el lado palatino, haciendo que coincida la línea media de la placa con el espacio interincisivo del central y el lateral del lado correspondiente y a una angulación de más de 40 grados.

TOMA MEDIA. Se coloca la película igualmente pero su borde anterior debe coincidir con el espacio interincisivo.

TOMA POSTERIOR. Se coloca haciendo coincidir su borde anterior con la cara distal del incisivo lateral.

Esta pequeña serie radiográfica ayudará a ubicar al canino más exactamente, mostrando las relaciones anatómicas y los dientes vecinos.

La ubicación del canino en el plano horizontal, la sabremos por medio de una radiografía oclusal que ya tenemos. Y finalmente la localización -- del canino en el plano vertical la obtendremos con una radiografía lateral del cráneo.

Toda la serie radiográfica que hemos obtenido debe mostrar con perfecta nitidez:

1.- La forma de la pieza.

- 2.- La existencia y dimensión del saco pericoronario.
- 3.- La forma de la raíz.
- 4.- El ápice del canino para observar la displaceración que generalmente - presenta.
- 5.- La relación con seno, fosas nasales y los demás dientes en la arcada.

De acuerdo con los datos obtenidos por la inspección palpación (tacto) y estudios radiográficos tendremos: La clasificación del canino; su ubicación exacta y sus relaciones anatómicas, así pues, dependiendo de ég to plantearemos la técnica quirúrgica y un plan de trabajo que nos llevará a una operación sin duda exitosa.

TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS EN PALADAR.

Los caninos colocados del lado palatino en una boca en la cual existen todos los demás dientes, la vía de acceso será siempre palatina.

1.- ANESTESIA.

Como en toda intervención quirúrgica la anestesia es de gran importancia ya que la extracción de dientes incluidos es una operación larga y mo lesta y antes de elegir el tipo de anestesia, debemos de tomar en cuenta, el tiempo que durará la intervención. Cuando la inclusión es unilateral-- puede utilizarse la anestesia infraorbitaria del lado a operarse, la anestesia del agujero nasopalatino y del palatino posterior del mismo lado. Si la inclusión es bilateral se practicará el mismo tipo de anestesia, pe ro de ambos lados, aunque como dijimos anteriormente, lo indicado es realizar la operación, dentro de un hospital y bajo anestesia general.

2.- INCISION.

Para extraer un canino incluido de la bóveda palatina, es necesario- desprender toda la fibromucosa palatina, dejando al descubierto la bóveda ósea es decir, preparar un colgajo que permita una visión perfecta del cam po operatorio y debe estar dispuesto de tal modo, que no sea traumatizado en el curso de la intervención, pequeñas incisiones en la mucosa palatina son insuficientes y antiquirúrgicas.

La cúspide y ápice del canino, son los extremos por fuera de los cuales debe ser trazada la incisión, éste consiste en el desprendimiento del telón palatino, realizando el despegamiento de la fibromucosa del cuello- de los dientes: Esta incisión es la más adecuada, se lleva a cabo usando- un bisturí de hoja corta el cual se insinúa entre los dientes y la encía,

dirigido en sentido perpendicular a la bóveda y apoyándose en el hueso. - Dicha incisión se inicia en la cara distal del primer molar o como mínimo la cara distal del segundo premolar y se extiende en sentido anterior hasta los incisivos centrales, lateral o molar del lado opuesto, según sea el sitio que ocupe el o los caninos incluidos.

Al llegar al sitio donde falta el diente en la arcada el bisturí con tornea parte de la cara mesial del primer premolar, la incisión sigue la cresta de la arcada y se continúa hasta el lugar elegido, la pequeña lengüeta que resulta de éste colgajo se aprovechará al practicar la sutura.

3.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

Realizada la incisión, el desprendimiento del colgajo se lleva a cabo con un instrumento romo, que puede ser la espátula de Freer o el periostótom.

Este instrumento se coloca entre la arcada dentaria y la encía y por pequeños movimientos, sin herir ni desgarrar la mucosa, se desprende la fibromucosa incluyendo el perióstico hasta dejar al descubierto el hueso del paladar, cuando se ha terminado con éste acto quirúrgico, se pasa un hilo de sutura a nivel de la lengüeta gingival del espacio del canino, para atarse a uno de los molares o bien fijarse en las compresas que cubren al paciente. Se cohibe la hemorragia de los vasos palatinos y se pasa al siguiente tiempo quirúrgico.

4.- OSTEOTOMIA.

Es muy importante la premeditación de la cantidad de hueso que hay que eliminar, ya que deben quedar ampliamente descubiertas, toda la corona y parte de la raíz, especialmente a nivel de la cúspide del canino incluido y en una anchura tal, que dicha corona pueda eliminarse de la cavidad sin tropiezos ni traumatismos.

El uso de la fresa, es el método más fácil para realizar dicha osteotomía ya que elimina el hueso y limpia rápidamente sin molestar al paciente, los inconvenientes que pudieran derivarse del recalentamiento, se eliminan utilizando fresas nuevas y cambiándolas constantemente en el curso de la intervención, porque al embotarse con los restos óseos y la sangre, bruñen el hueso y lo calientan, pero ésto tampoco es un gran problema, -- porque se subsana irrigando el hueso con agua bidestilada o suero fisiológico.

Una vez ubicada con precisión, la corona del diente incluido, (por las radiografías y el relieve óseo) . Se practican orificios circundando

la corona y el primer tercio radicular, la fresa debe llegar a tocar la corona del canino y el operador percibir la sensación particular de dureza del esmalte, los orificios se unen entre sí, y con una legra se levanta la tapa ósea.

5.- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Realizada la osteotomía, hay que considerar el objeto primordial de la operación, que es la extracción del diente incluido. Esta parte de la operación exige criterio, habilidad y fineza, para no traumatizar o luxar los dientes vecinos o fracturar las paredes alveolares.

A).- ODONTOSECCION.

Este procedimiento es sencillo, rápido y elegante, se corta el diente en los trozos que sea necesario, para extraer sus partes por separado. El uso de la fresa en la maniobra de odontosección es sencilla, exige, como condición necesaria, una perfecta visión y un fácil acceso; la osteotomía previa lo habrá logrado, el diente debe ser cortado a nivel de su cuello, con una fresa de fisura de carburo, en ocasiones la odontosección se completa con el escoplo.

B).- EXTRACCION DE LA CORONA.

La extracción de la corona se logra introduciendo un elevador angular, de hoja delgada, entre la cara del diente que mira hacia la línea media y la estructura ósea. Con movimientos de palanca, con punto de apoyo sobre el borde óseo y girando el mango del instrumento se hace descender la corona. Las dificultades que puedan encontrarse a ésta maniobra, se deben a una osteotomía deficiente, cuando la cúspide es la que impide la salida, -ésto se puede vencer, dirigiendo la corona en sentido apical a expensas del espacio creado por la fresa al dividir el diente.

C).- EXTRACCION DE LA RAIZ.

Una vez eliminada la corona, queda un amplio espacio para dirigir la raíz a la cavidad vecina y resulta más sencilla y exitosa ésta maniobra - que el tratar de luxar la raíz a expensas de la elasticidad del tejido óseo que la cubre, ya que dicha elasticidad, se puede considerar como de valor cero.

Cuando por la dislaceración que tiene la raíz es imposible desalojarla hacia la cavidad con un pequeño movimiento, se tendrá que practicar un pequeño orificio sobre el hueso, con una fresa redonda que llegue hasta la raíz y por éste orificio se hace palanca con un elevador muy delgado para

deslizarla hacia la cavidad dejada por la corona, cuando aún así no logramos hacer que salga en su totalidad y se siente que hay resistencia una nueva odontosección nos permitirá tener más espacio y vencer éste obstáculo.

6.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.

Extraído el canino, debe inspeccionarse la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso y los restos de diente que pudieran haber quedado, así como eliminar el saco pericoronario del diente, extirpándolo con una cuchara filosa, los bordes óseos agudos deben ser alizados, con una fresa o bien con limas para hueso.

Para evitar hemorragias postoperatorias, es una buena medida obturar con Gelfoam (gelatina esteril) la cavidad. Este es un medicamento absorbible por los tejidos corporales y no causa reacciones indeseables.

7.- SUTURA.

Este es un paso quirúrgico muy importante e imprescindible. El colgajo se adosa nuevamente en su sitio primitivo, colocándolo de tal manera que las lengüetas interdientarias ocupen su ubicación normal, cuando la cirugía es unilateral uno o dos puntos de sutura son suficientes, y desde luego se harán puntos separados. Si es bilateral se llevarán a cabo los mismos pasos y solamente serán 3 ó 4 puntos de sutura. Terminada la intervención se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa.

ACCIDENTES DE LA EXTRACCION Y SU TRATAMIENTO.

Los accidentes originados por la extracción son múltiples y de diversas categorías, algunos se localizan en el diente, objeto de la extracción o en los dientes vecinos, otros, en el hueso o las partes blandas que lo rodean.

A).- FRACTURA DEL DIENTE.

Es sin duda el accidente que más frecuentemente ocurre en la exodoncia, dentro de la técnica para la extracción de caninos incluidos, éste caso jamás se debe presentar, ya que tenemos una serie radiográfica y en ella vemos la forma y disposición radicular, sin embargo, existen casos en los cuales aún conociendo las malformaciones radiculares, al momento de la extracción los dientes no resisten el esfuerzo aplicado y se fractu

ran en el punto de menor resistencia, ésto se explica por una equivocada técnica quirúrgica.

Producida la fractura, nuestra atención se dirige a la extracción de la porción radicular que quedó dentro del alveolo, realizando las siguientes maniobras previas para salvar el error:

1.- Se toma una nueva radiografía, que nos indicará la posición, la forma y disposición radicular.

2.- Preparación del campo operatorio. Consiste en eliminar los restos óseos y dentarios que lo cubren así como, aclarar la visión del campo operatorio, cohibiendo la hemorragia y lavando perfectamente con agua bidestilada o suero fisiológico.

3.- Una vez teniendo el campo limpio y con una visión perfecta del muñon radicular se practica la extracción de la raíz, utilizando las normas que se ajustan al caso.

B).- FRACTURA Y LUXACION DE DIENTES VECINOS.

La presión ejercida con el forceps o con los elevadores, puede ser transmitida a los dientes vecinos, provocando la fractura de su corona debilitada por obturaciones o caries o luxando el diente contiguo, cuando su disposición radicular lo facilite. En estos casos la conducta a seguir será, la rehabilitación por medio de prótesis en caso de fractura o bien por operatoria dental si así se requiere. En caso de luxación y dependiendo del grado de la misma, dichos dientes se fijarán por medio de alambres o férulas a los dientes que estén sin lesión.

C).- FRACTURA DEL MAXILAR.

Esta fractura difícilmente ocurre en el curso de la intervención quirúrgica del canino incluido, pero en caso que llegara a fracturarse parte del maxilar por presión exagerada del elevador, lo único que se debe hacer es eliminar la esquirla para evitar que se originen procesos inflamatorios.

D).- LESION DEL SENO MAXILAR.

Dada la situación anatómica del seno maxilar, que generalmente se encuentra por encima de las raíces del primer molar superior, es casi imposible que en la práctica quirúrgica de la extracción del canino incluido pueda lesionarse dicho antro. Sin embargo nunca está de más, conocer los procedimientos, por medio de los cuales se pueden tratar éste tipo de accidentes de la exodoncia.

La comunicación al piso del seno, puede ser accidental o instrumental en el primer caso, por razones anatómicas las raíces del molar se encuen-

tran casi dentro del seno y al practicar la exodoncia, se hace la comunicación. En otros casos se efectúa al tratar de extraer el ápice radicular de alguna de las raíces del primer molar, y al hacer presión con cucharillas o elevadores, se provoca la comunicación o bien se aloja dicho ápice dentro de la cavidad sinusal.

El tratamiento del primer caso lo haremos, procurando únicamente que el coágulo quede bien fijado o bien cortando hueso de las paredes alveolares y suturando para cerrar el alveolo. Cuando la raíz se aloja dentro -- del seno, la técnica será diferente y consiste en realizar un examen radiológico, que nos dará la posición exacta de la raíz. Teniendo localizada la raíz, se practicará por el lado vestibular la cirugía correspondiente para extraer la raíz del seno maxilar.

E).- HEMORRAGIAS.

En el curso de una intervención bucal, se necesita cohibir la hemorragia de los vasos seccionados, dicha hemorragia puede tener distintos orígenes y según el vaso lesionado, distinta importancia. Consideraremos la hemorragia como accidente postextracción. Esta puede ser mediata o inmediata

La hemorragia inmediata sigue a la operación, la falta de coagulación de la sangre y la no formación del coágulo, pueden deberse a causas generales o a causas locales. Las causas locales obedecen a procesos congestivos en la zona de la cirugía, ocasionados por la herida y desgarramientos de la encía o bien por esquirirlas óseas que permanecen entre los labios de la herida gingival, aunque en ocasiones puede ser un vaso importante el que sangra y generalmente es óseo. El tratamiento de ésta hemorragia se realiza suprimiendo el foco congestivo sangrante, si el foco es intraóseo se aplica un punto de galvanocauterío al rojo blanco y cuando es gingival un taponamiento y compresión con gasa, dará cuenta de la hemorragia.

El taponamiento es el método más preciso, se realiza con un trozo de gasa, la cual puede ser seca o bien impregnada de medicamentos hemostáticos tales como, agua oxigenada, adrenalina, tromboplastina, etc. Este es mordido por el paciente, manteniéndolo así durante un tiempo variable que va de 15 minutos a media hora. El trozo de gasa se retira con mucha precaución y si la hemorragia ha cesado, se coloca otro tapón de gasa seca, que se retira 15 minutos después.

Hemorragia mediata. - Cuando la hemorragia se produce varias horas después de efectuada la operación se procede como sigue:

Se practica un enjuagatorio con solución de agua oxigenada tibia, --

con el objeto de limpiar la cavidad bucal y el lugar de la intervención, del coágulo que flota sobre la herida y poder ver con claridad y precisión el lugar exacto por donde sangra y cual es el sitio de mayor afluencia sanguínea; se seca cuidadosamente la región sospechada con una torunda de gasa, si el vaso sangrante es gingival y está a nuestro alcance, se hace su hemostasis un punto de galvanocauterío al rojo blanco, cuando la hemorragia es profunda se precede como se indicó antes. Taponamiento de gasa con medicamentos, que mantiene el paciente bajo su merienda, si persiste la hemorragia a pesar de los tratamientos locales instituidos, habrá que recurrir a métodos generales, tales como, transfusión sanguínea, administración de vitamina K, etc.

F).- HEMATOMAS.

Es una complicación frecuente, al que no se le asigna la importancia que tiene. Consiste en la difusión de sangre hacia los planos musculares contiguos a favor de la menor resistencia.

El hematoma se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado y un cambio de color de la piel vecina, siguiendo las verificaciones de la transformación sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina. Así toma primero un color rojo vino, le sigue un tinte amarillento-violeta, violeta y amarillo, el cambio de color de la piel se resuelve al octavo e noveno día. El hematoma por sí sólo no presenta ningún problema, solo cuando llega a infectarse, provocando todas las características de una infección, inflamación, dolor local, fiebre, reacción ganglionar, etc.

El tratamiento consiste en colocar bolsas de hielo y antibioticoterapia.

G).- ALVEOLITIS.

La alveolitis es una entidad clínica, que se caracteriza por un dolor profundo, pulsátil e irradiado que generalmente se inicia a las 48 ó 72 Hrs. después de la extracción. Esta complicación es una verdadera alveolalgia que se irradia por las ramas del trigémino y en la cual a veces — los tratamientos son insuficientes.

La más común es la alveolitis seca, que presenta un alveolo abierto hacia la cavidad bucal, con las paredes óseas desnudas de un color grisáceo y sus bordes gingivales completamente separados.

En éstos casos el primer tratamiento es sintomático, y la primera preocupación del profesional, debe ser calmar el dolor. Después se hace un tratamiento local que consiste en:

- A).- Tomar una radiografía para investigar el estado del hueso, presen-
cia de cuerpos extraños, raíces o secuestros.
- B).- Lavar la cavidad con suero fisiológico tibio, este lavado se realiza
con mucho cuidado, pues el alveolo está extraordinariamente sensible.
- C).- Secar la cavidad con gasa estéril y desde luego manteniendo el campo
operatorio aislado con rollos de algodón y utilizando el eyector.
- D).- Se coloca dentro del alveolo, un cemento quirúrgico, Wondr Pak, ó en
muchas ocasiones es suficiente y eficaz, el líquido con el cual se prepara
el cemento, se impregna una gasa y se coloca dentro del alveolo.
- E).- Se recetan analgésicos y en ocasiones antibióticos.

TRATAMIENTOS ORTODONTICOS

Las inclusiones más frecuentes, en los niños del grupo de los 14 a -
16 años, son los caninos superiores permanentes y es a esta edad cuando -
el Odontólogo tendrá que decidir, si se van a exponer quirúrgicamente para
instituir un tratamiento de ortodoncia o si deben ser extraídos, ésta de-
cisión depende del juicio del operador y de una consulta con el especia-
lista en ortodencia. Cuando es preciso que se les ayude a erupcionar por-
medios terapéuticos, éste tratamiento deberá efectuar, lo más rápido posi-
ble, y para esto se hará un tratamiento de ortodoncia general, al mismo -
tiempo que se elevan los caninos incluidos, ya que es una gran pérdida de
tiempo, hacer brotar los dientes incluidos antes, y separadamente realizar
un tratamiento de ortodoncia correctiva.

Los caninos incluidos en paladar , normalmente están colocados obli-
cuamente dentro del hueso, así como mucopericostio, de tal manera que el -
cirujano bucal y el ortodontista trabajarán conjuntamente en éste tipo de
tratamientos. En la gran mayoría de los casos de caninos incluidos, encon-
tramos un arco maxilar muy pequeño, en el cual no existe el espacio neces-
ario para que éstos dientes puedan hacer su erupción normal, aunque con-
frecuencia encontramos caninos incluidos, en bocas con espacio adecuado -
para que éstos erupcionen en alineación normal, debemos tomar en cuenta -
que dada la etiología, no es nada rara la inclusión, ya que existen una in-
finidad de factores.

Undato casi patognómico de caninos incluidos, es la persistencia -
de los caninos temporales, después de su época normal de exfoliación esto
se explica, por la falta de reabsorción radicular del canino temporal.

En la historia clínica de los parientes cercanos de éstos pacientes- por regla general, presentan caninos incluidos en su mayoría.

Existen varias y diferentes técnicas, en cuanto a los movimientos de elevación de caninos incluidos en paladar, explicaremos someramente algunas de ellas, ya que en caso de ser necesarias las aplicará un ortodentista y él elegirá la que más se adapte al caso.

EXPOSICIÓN DEL CANINO.

Es de vital importancia que la exposición de la corona del canino se realice de tal forma que pueda maniobrarse, para la aplicación de la aparatología utilizada en ortodoncia. Para tal efecto se siguen todas las reglas de una cirugía, es decir se elabora una historia clínica completa, estudios de Rx y laboratorio.

Después de los pasos anteriores que son de rutina y teniendo las placas radiográficas, se localiza la posición exacta del canino, se procede a anestésicar al paciente con anestesia local o general, según el caso, — siendo preferible la segunda, para evitar una intervención apresurada; se realizan los siguientes pasos:

- 1).- Si el canino temporal existe hay que extraerlo.
- 2).- Extracción de los cuatro primeros premolares (si es necesario)
- 3).- Para descubrir el canino se hace una incisión del lado palatino, desde la cara distal del segundo premolar hasta la línea media, cuando es unilateral, en caso contrario, dicha incisión deberá prolongarse hasta la cara distal del segundo premolar del lado opuesto.
- 4).- El levantamiento del colgajo, se lleva a cabo con una legra e periotome, haciendo movimientos de rotación muy pequeños y suaves para no provocar esfacelos en la mucosa. Terminada ésta maniebra el colgajo que se ha desprendido, se amarra con un hilo de sutura a uno de los molares esto es, para lograr una buena visión del campo operatorio y evitar traumatizar a dicho colgajo.
- 5).- Después de levantar el colgajo se cohibe la hemorragia.
- 6).- La osteotomía puede hacerse con escople y martillo o bien con fresa, dicha osteotomía consiste en eliminar el hueso que cubre toda la corona anatómica del canino y debe llegar exactamente hasta la unión cemento-esmalte en el cuello del diente, procurando no dañar el liga

mente parodontal.

- 7).- Cuando toda la corona ha quedado expuesta, se practica un pequeño orificio que llega más allá de la unión amelodentinaria, después, se deposita cemento de oxifosfato y se coloca un pequeño vástago que termina en un anillo, el cual debe tocar la superficie del diente, cuando el cemento ha fraguado y se quita el exeso, se pasa por el anillo un alambre de ligadura de un diámetro de 2.54 mm, se hace descender el colgajo y se ajusta en su lugar primitivo, se practica un pequeño orificio con escopelo a través del cual se pasan los dos extremos del alambre de ligadura, se reacomoda el colgajo y se sutura cuidadosamente con puntos separados.
- 8).- El alambre de ligadura le amarramos al braket de una banda en el incisivo lateral, que se colocó previamente a la intervención. De esta forma el alambre de ligadura queda listo para su empleo en la tracción del canino incluido, cuando toda la aparatología sea colocada - en los demás dientes dos semanas después de haber quitado los puntos de sutura.

TECNICA DE ALAMBRE RETORCIDO.

Después de exponer la corona del canino siguiendo los mismos pasos - que para la técnica anterior, se ensancha el espacio pericoronario con -- escariadores peridontales hasta lograr un espacio de aproximadamente 2mm. alrededor de la corona, se adapta una forma de celuloide que llegue hasta la unión cemento-esmalte y se cementa con oxido de zinc y eugenol después se pasa un alambre de ligadura, se retuerce a nivel del cuello de la pieza y se practica un orificio en el colgajo, se pasa por éste dicho alambre, - se adosa el colgajo y se sutura, así, tenemos también un punto de apoyo para ejercer una fuerza ortodentica, por medio de la cual se logra la erupción del canino, al igual que en la técnica anterior, al mismo tiempo que se realiza un tratamiento de ortodoncia total.

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

Los caninos incluidos en paladar, ocupan el segundo lugar de esta patología, después de los terceros molares inferiores, y ocupan el 34% de todas las inclusiones dentarias. Esta anomalía es etiológicamente hereditaria, aunque para ello, intervienen muchos y diversos factores.

Si bien es cierto, que una gran cantidad de caninos incluidos, pueden ser llevados a su sitio normal de implantación, por medio de técnicas ortodónticas, también hay casos en los cuales, éste no es posible dada su localización y tienen que efectuarse así tratamientos quirúrgicos, para extraer dichos dientes. Para tal efecto escogeremos el método más eficaz y por medio del cual, el paciente tenga las comodidades, así como la plena confianza y seguridad de que en un momento dado, contará con todo un equipo médico, para que cualquier complicación, por mínima que sea, se resuelva satisfactoriamente.

Los requisitos indispensables, para la intervención quirúrgica del canino son: Una buena historia clínica completa, exámenes de laboratorio y gabinete, que la cirugía sea realizada dentro de un hospital, una anestesia general perfecta, dada por un anestesiólogo, y una técnica quirúrgica fina y minuciosa, llevada a veces al detalle del milímetro, así como, el conocimiento y la aplicación conciente del instrumental apropiado y un conocimiento absoluto de la región donde se va a trabajar.

Tomando en cuenta todos los puntos anteriores, y trabajando con un equipo médico bien conjuntado, el cirujano dentista, tendrá todo lo necesario para practicar con éxito, la intervención quirúrgica de los CANINOS - INCLUIDOS EN PALADAR.

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

- 1.- Guillermo A. Ries Centeno. Cirugia Bucal.
Editorial Interamericana.
- 2.- Edward V. Zegarelli. Etal. Diagnóstico en Patología Oral.
Editorial Salvat, 1977.
- 3.- Luis S. Gedman y Alfred Gilmen. Bases Farmacológicas de
la Terapéutica.
Editorial Interamericana, 1979.
- 4.- Sidney B. Finn. Odontología Pediátrica.
Editorial Interamericana, 1977.
- 5.- T. M. Graber, Ortodencia Teoría y Práctica.
Editorial Interamericana, 1976.
- 6.- Walde E. Nelson. Tratado de Pediatría.
Editorial Salvat, 1974.
- 7.- Kurt H. Thoma. Patología Oral.
Editorial Salvat, 1976.
- 8.- Propedeutica Médica.
Neguer, 1974.
- 9.- W. Harry Archer. Cirugia Bucal.
Editorial Mundi, 1968.
- 10.- Harrison Medicina Interna.
La Prensa Médica, 1976.