



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES
RETENIDOS

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N

RAMIRO ALEJANDRO HERNANDEZ MILLAN
MOISES JACOB ORTIZ HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1983

V.O. B.O.:
Ramiro Ortiz



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

| | PAG. |
|---|------|
| CAPITULO I. | |
| INTRODUCCION----- | 1 |
| Conceptos Generales----- | 2 |
| Anatomía del Canino----- | 5 |
| Generalidades del Maxilar Superior----- | 9 |
| Generalidades del Canino retentivo en maxilar superior--- | 15 |
| Parodonto en general----- | 17 |
| Etiología----- | 24 |
| Clasificación----- | 28 |
| Perturbación que ocasiona----- | 31 |
| Indicaciones----- | 31 |
| Contraindicaciones----- | 33 |
| CAPITULO II | |
| Valoración del Paciente ante la intervención----- | 34 |
| Historia Clínica----- | 35 |
| Estudio Radiográfico (importancia)----- | 43 |

CAPITULO III

| | |
|---|----|
| Anestesia y sus Técnicas de Bloqueo----- | 48 |
| Extracción de los caninos por vía palativa----- | 52 |
| Tratamiento técnicas Quirúrgicas----- | 58 |
| Extracción de los Caninos por vía vestibular----- | 70 |
| La extracción de los caninos en maxilares desdentados---- | 75 |
| Complicaciones tratamiento pos-operatorios----- | 75 |
| Tratamiento local pos-operatorio----- | 77 |
| Complicaciones inmediatos----- | 80 |
| Complicaciones mediatos----- | 84 |
| Accidentes en la extracción----- | 85 |
| Conclusión----- | 90 |
| Bibliografía----- | 91 |

INTRODUCCION

En algunas ocasiones la mayoría de nosotros nos consideramos obligados a extraer un diente incluido. En tales casos es sumamente importante la evaluación pre-operatoria del paciente y del diente que se vá a extraer por lo tanto debemos planear la intervención antes de empezarla.

Deseamos que ésto les sea de alguna utulidad a mis -- compañeros, por la frecuencia conque se nos presentan en la -- práctica diaria.

I. CONCEPTOS GENERALES

Se denomina "Canino retenido", aquellos que una vez - llegada la época normal de su erupción quedan atrapados dentro del maxilar, manteniendo la integridad de su saco pericorona--rio fisiológico.

La "retención dentaria" puede presentarse en dos formas: El diente está completamente rodeado por tejido óseo retención intraosea, o el diente está cubierto por la mucosa gingival retención subgingival.

El tratamiento adecuado de éstos depende de la com- - prensión de los factores anatómicos fisiológicos y patológicos relacionados con ellos, para su eliminación, es necesario ha--cer un diagnóstico exacto, sobre todo conocer los principios - básicos de la cirugía.

Sin embargo, la extracción quirúrgica de un canino retenido profundamente en posición horizontal en el paladar y en estrecha relación con el seno maxilar, cavidad nasal, o ambas, es uno de los procedimientos más difíciles de realizar en la - cavidad oral.

La extracción de un diente retenido consiste esencialmente

mente en un problema mecánico, es la búsqueda, por medios mecánicos.

Se han hecho estudios estadísticos sobre la incidencia de los dientes retenidos.

Según las estadísticas de la frecuencia que corresponden a los dientes retenidos es la siguiente:

| | |
|---------------------------|------|
| Tercer molar inferior | 35% |
| Canico superior | 34% |
| Tercer molar superior | 9% |
| Segundo premolar inferior | 5% |
| Canino inferior | 4% |
| Incisivo Central Superior | 4% |
| Primer premolar inferior | 2% |
| Incisivo lateral superior | 1.5% |
| Incisivo lateral inferior | 0.8% |
| Primer premolar superior | 0.8% |
| Primer premolar inferior | 0.5% |
| Segundo molar inferior | 0.5% |
| Primer molar superior | 0.4% |
| Incisivo Central inferior | 0.4% |
| Segundo Molar Superior | 0.1% |

II. ANATOMIA DEL CANINO

Los caninos son los miembros solitarios de los arcos-dentarios, o dentales, en efecto solo un miembro de esta clase se haya presente en cada uno de los cuatro cuadrantes, ocupa - el tercer lugar a partir de la línea media tanto en la arcada-superior como en la inferior.

Varias razones hacen que el canino sea considerado como uno de los dientes más estratégicos de la boca.

En efecto los caninos son los dientes más estables en el arco dental, sus raíces casi siempre son más largas y más - gruesas que las de los demás dientes y por lo tanto, son dien-tes firmemente anclados en el hueso alveolar por lo tanto des-de el punto de vista protesico es considerado uno de los dien-tes más fuertes.

La calcificación de su corona una vez implantado el - gérmen dentario del canino, principia entre los cuatro y seis- meses de edad y termina apróximadamente a los siete años de -- edad y su erupción normal se lleva a cabo enre los 11 y 12 - - años. La Calcificación de la raíz termina enre los 12 y 13 -- años.

Algunos caracteres de clase son característicos de to
dos los caninos:

A). Son los únicos dientes que poseen una sola cúspide conica.

B). Sus raíces son las más grandes de todas las presentadas.

C). Son los únicos dientes cúspideos cuya, superficie lingual es más funcional que la oclusal.

| | |
|------------------------------------|----------|
| Altura de la corona | 10.0 mm |
| Diámetro mesiodistal de la corona | 7.5 mm |
| Diámetro labiolingual de la corona | 8.0 mm |
| Largo del diente | 27.0 mm |
| Edad en el momento de la erupción | 11 años. |

Los bordes mesial y distal vistos desde el lado labial tienden a converger de manera notable hacia el cuello.

El borde del incisivo de la corona ocupa por lo menos el tercio y, a veces, hasta la altura de la corona.

El diámetro labiolingual de la corona a nivel del --
cuello es mayor que el canino inferior.

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

I. POSICION LABIAL

A). Corona contra las raíces de los incisivos.

B). Corona alta, es decir por arriba de los apices - de los incisivos.

II. POSICION PALATINA

A). Superficial o contra el cuello de los incisivos.

B). Profundo o contra los apices de los incisivos.

III. POSICIONES INTERMEDIAS

A). Corona entre incisivo lateral y el primer premolar.

B). Corona arriba de los apices de los dientes anteriores, directamente labial o lingual.

IV. POSICIONES ANTIPICAS

A). En el seno maxilar

B). En el primer y segundo pre-molares

- C). En el piso de la orbita.
- D). En el piso de fosas nasales.

GENERALIDADES DEL MAXILAR SUPERIOR (CANINO INCLUIDO)

Es una zona de alto interés para el odontólogo y para el cirujano oral por ser el sitio hacia el cual con frecuencia, hacen su desarrollo e invaden o invasión de los procesos de origen dentario consta de dos porciones, la anterior denominada boveda palatina, y la posterior velo del paladar.

El conjunto tiene la forma de una boveda limitada anterior y lateralmente por la arcada dentaria, en todos sentidos la profundidad de la boveda es variable en los distintos individuos y en consecuencia con la forma nasal y con la dirección del tabique. (FIGURA 1)

Porción anterior o boveda palatina.

La boveda palatina se compone de tres capas:

1. La membrana mucosa íntimamente adherida al perio^ustio subyacente formada con el una membrana única que se denomina la fibromucosa palatina su espesor es variable en el rafe medio del paladar es muy delgada y puede ser fácilmente perforado a ese nivel al desprenderla del hueso con fines quirúrgicos en los costados del paladar es más gruesas cinco mm., de espesor.

La fibro-mucosa palatina contiene en su espesor y a los lados de la línea media una capa glandular, las glándulas palatinas que son glándulas salivales análogas a que los labios al desecarse el paladar manteniendo un tiempo la boca abierta o realizando anestesia sobre la boveda se van a fluir gotas de saliva producidas por estas glándulas.

Esta fibro-mucosa palatina se desprende con relativa facilidad del hueso subyacente debido a su elasticidad puede ser desplazada en trozos de tamaño al ser respuestas sobre su lugar primitivo, después de ser desplazada en la operación en el hueso del paladar, adquiere pronto su primitiva fijeza y relación.

Por la capa profunda de la fibromucosa y en contacto con el esqueleto corren los vasos palatinos.

El esqueleto óseo:

2. El esqueleto óseo palatino está costituído por las dos apófisis palatina de los maxilares superiores, que se sueldan en la línea media. Y las dos apófisis horizontales de los palatinos que también se sueldan entre sí.

Además de las suturas bimaxilares y bipalatinas se encuentra en dicha boveda la sutura entre la apófis de los pala-

tinios y de los maxilares: es la sutura maxilopalatina. Estas cuatro suturas toman un conjunto de disposición crucial.

La boveda puede ponerse en relación con el seno por el divertículo sinusal palatino, como accidente anatómico de importancia es digno de notarse el orificio del conducto palatino anterior, zona de importancia y que debe ser considerada en el curso de las intervenciones del paladar óseo y los orificios de los conductos palatinos posteriores que están situados en el ángulo diédrico formado por la apófisis horizontal y la arcada alveolar y próximos al tercer molar: por ellos emergen la rama de la maxilar interna y el nervio palatino posterior y la arteria palatina superior.

3. Vasos y Nervios Arterias. Las arterias de la boveda palatina provienen de dos fuentes; las que emergen del conducto palatino anterior y las del palatino posterior.

La arteria palatina superior, rama importante de la maxilar interna sale por el conducto palatino posterior, recorre la boveda próxima a la arcada alveolar en compañía de las venas y nervios y se anastomosa con la arcada esfenopalatina que sale por el ahujero palatino anterior. En su trayecto da numerosas ramas que se distribuyen por la boveda, mucosa y alveolos dentarios.

Es fundamental recordar el trayecto de los vasos palatinos con el fin de no seccionarlos en el curso de una operación sobre la boveda. En las prácticas donde se utilizan colgajos palatinos, estos deben de estar convenientemente irrigados para evitar su esfacelo; por lo tanto a de llevar un vaso palatino importante para concervar su vitalidad.

Venas. Las venas de la boveda palatina corren paralelas a las arterias desembocan en varios troncos venosos, el plexo venoso pterigoideo. Las venas de la mucosa nasal, de la lengua y de las amígdalas.

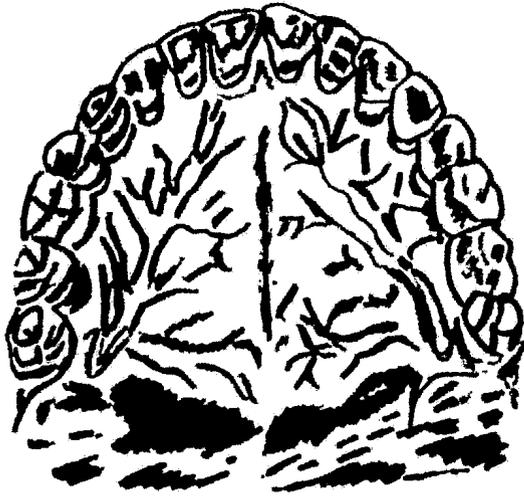
Linfáticos desemboca en los ganglios profundos del cuello.

Nervios. Los nervios son de dos ordenes: motores y sensitivos. Los primeros están destinados a la motilidad del velo del paladar. No los consideramos pués se apartan en nuestro campo quirúrgico.

Los nervios sensitivos probienen del ganglio esfenopalatino (Del nervio maxilar superior).

Velo del paladar aunque está un poco alejado de la patología dentomaxilar, haremos ligeras consideraciones sobre el paladar blando, entra en su constitución las dos primeras ca-

pas de la boveda palatina, de las cuales son de pocas características que tienen parecidas características, sólo que la mucosa es más delgada y menos adherida al plano aponeurótico; la capa glandular es de mayor espesor poseyendo una capa aponeurótica y una capa muscular que aquella no tenía. Por el lado nasal la cubre la misma mucosa pituaria, continuación de la nasal detallar los músculos y la disposición de la aponeurosis - sera entrar en consideraciones ajenas al tema en estudio.



(FIGURA 1)

GENERALIDADES DEL CANINO RETENIDO EN EL MAXILAR SUPERIOR

Como ya se ha dicho, los caninos retenidos se encuentran en el maxilar superior, en porción, veinte más que el inferior.

En el maxilar superior se presentan, generalmente en rotación sobre su eje longitudinal y en posición oblicua, la extracción quirúrgica de un canino retenido profundamente en posición horizontal en el paladar, y en estrecha relación con el seno maxilar, cavidad nasal o ambas, es uno de los procedimientos quirúrgicos más difíciles de realizar en la cavidad bucal.

De hecho, el promedio de los caninos retenidos presenta mayores dificultades que los terceros molares inferiores retenidos.

Es importante que la posición de un canino retenido sea cuidadosamente determinada antes de la operación, esto se decide por un examen radiográfico completo. Para establecer si se hallan en vestibular o en palatino. Por desgracia, rara vez ellos revelan la curvatura apical marcada que está presente. La radiografía puede sugerir que la raíz de los caninos localizados palatinamente en la cortical ósea vestibular. De-

berá decidirse, por fin cuando la corona y una parte de la --
raíz sean expuestas en la intervención para la extracción. --
Puede haber un bulto bien evidente sobre el paladar.

Por palpación, el bulto puede sentirse sobre el lado-
vestibular del maxilar.

En las retenciones vestibulares, en las cuales la co-
rona del canino está en contacto con el tercio apical de la --
raíz del incisivo lateral, desviará la porción apical de la --
raíz del lateral hacia lingual y la corona hacia vestibular. -
En las retenciones horizontales en que la corona del canino es-
tá en contacto con el tercio medio o gingival del incisivo la-
teral también la corona del lateral es movilizada hacia vesti-
bular. El movimiento de la corona del incisivo lateral puede-
usarse como guía solamente, controlando con cuidado todos los-
demás indicios de diagnóstico.

Muchos de los caninos presentan sus raíces con una --
pronunciada curvatura en el tercio apical, en la mayoría de --
los casos en ángulo recto. Con frecuencia, la corona está so-
bre el paladar y la raíz sobre los apices de los premolares, o-
aún sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

PARODONTO EN GENERAL

El parodonto es un sistema de revestimiento, soporte y fijación, que mantiene el diente unido a un alveolo. Dicho sistema está formado por la encía, el ligamento parodontal, el cemento y el hueso alveolar, los cuales se interrelacionan y actúan como una unidad funcional.

El parodonto deriva principalmente del mesodermo, el cual forma el hueso alveolar, el ligamento parodontal y el cemento dentario, siendo la encía una combinación de mesodermo (conjuntivo) recubriendo de ectodermo (epitelio) y el objetivo de la parodoncia es conservar estos tejidos en perfecto estado de salud.

Se dice que los cambios en el medio ambiente y en el metabolismo de células periodontales, alteran la morfología y función de los tejidos, estos cambios se manifiestan como signos clínicos y microscópicos de la patología parodontal.

El recubrimiento de la cavidad oral se compone de tejido mucoso, que para su estudio se divide en los siguientes tres grupos.

Mucosa masticatoria. Es la porción que cubre el hue-

so alveolar adyacente a los dientes (encia), y al paladar duro.

Mucosa especializada. Es la porción que recubre al dorso de la lengua.

Mucosa de revestimiento. Que se localiza en el resto de la mucosa oral.

El ligamento es una continuación del tejido conectivo de la encía y se comunica con los espacios medulares a través de canales vasculares de hueso existen fibras de colágena que forman el ligamento periodontal propiamente dicho, una red sanguínea, que ayuda a mortiguar las presiones que se ejerce sobre el diente.

PARODONTO EN GENERAL

Hueso.- El hueso es un tejido conjuntivo que se deriva de células mesenquimatosas embrionales multipotencial. El hueso tiene un mecanismo de canículos, se extienden de un lugar a otro y hasta las superficies óseas donde están situados los capilares.

Las células que sintetizan y secretan la sustancia orgánica intercelular del hueso se llaman osteoblastos, después que los osteoblastos se han rodeado de sustancias intercelulares y pasando una vida sedentaria se denominan osteocitos. Los osteoblastos son células de tejido conectivo, entonces la sustancia se impregna de sales de calcio y adquieren consistencia petrea (Entre más hueso exista más fácil será el tratamiento).

Crecimiento del hueso.- Es por procesos de formación del hueso en el organismo se denomina osteogénesis y osificación. Osificación y Osteogenesis son palabras que se refieren a la formación de todos los componentes del hueso: para que haya osteogénesis tiene que aparecer osteoblastos pues ellos pueden secretar o producir la sustancia intercelular orgánica del hueso.

Hueso Compacto y Alveolar.- El hueso compacto; el de

posito continuo de laminillas sobre las trabéculas del hueso esponjoso (TRABECULADO) lo convierte en hueso denso o compacto. Cuando en lugar de los espacios llega a predominar la sustancia ósea, se dice que el hueso es compacto denso y además - el hueso compacto se encuentra en la mayor porción de la mandíbula y del maxilar.

Proceso Alveolar.- Es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios. Se compone de la pared interna del alveolo hueso delgado, compacto denominado hueso alveolar propiamente dicho (lámina cribiforme), el hueso de sosten que consiste en trabéculas reticulares, que se proyecta hacia arriba desde el cuerpo del maxilar, los superiores en un borde óseo que se proyecta hacia abajo desde el cuerpo del maxilar superior, - estos bordes óseos reciben el nombre de bordes alveolares: en ellos hay alveolos uno para la raíz de cada diente, los dientes están firmemente adheridos a sus alveolos por una membrana concetiva denominada ligamento periodontal, está formada principalmente por haces densos de fibras colágenas que se dirigen en varias direcciones desde el hueso de la pared alveolar hasta el cemento que reviste la raíz.

La mucosa de la boca forma un revestimiento externo para el hueso del borde alveolar, estos revestimientos reciben el nombre de encía, la parte del tejido de la encía que se atiende coronalmente más allá de la cresta del proceso alveo-

lar, recibe el nombre de borde gingival.

Membrana Periodóntica: Este tejido acaba formando -- por haces gruesos de fibras colágenas dispuestas en forma de - ligamentos suspensorios entre la raíz del diente y la pared -- ósea de su alveolo.

ENCIA

La encía se define como la porción de la mucosa oral que recubre a los procesos alveolares y rodea las regiones cervicales de los dientes.

El color de la encía normal es rosa pálido, que es -- producido por el aporte sanguíneo, el espesor y grado de queratinización del epitelio y por la presencia de células que contienen pigmentaciones.

El margen gingival, es lo que le da el contorno a la encía, suele ser delgado, ondulado, siguiendo el cuello de los dientes en vestibular y en lingual, en zonas interproximales - presenta las papilas que llenan el espacio interdental hasta - el punto de contacto. La superficie insertada vestibular presenta puntilleo de diversos grados.

La consistencia de la encía es, firme y resiliente con el margen y de la insertada, puede ser queratinizado.

DIVISIONES MORFOLOGICAS DE LA ENCIA.

Podemos observar tres zonas en la encía: la marginal, la insertada y la interdentaria.

ENCIA MARGINAL.- Se extiende desde el punto del borde gingival hasta la profundidad de la ranura gingival libre.- Rodea al diente a la manera de un collar, y su límite con la encía adherida corresponde a la ranura gingival libre

ENCIA INSERTADA.- Se encuentra firmemente unida a la superficie del diente y al proceso alveolar por medio de bandas fibrosas de tejido conjuntivo. Normalmente es de color rosa palido y de aspecto punteado con aspecto de "cascara de naranja".

ENCIA INTERDENTARIA.- Ocupa el nicho gingival, su forma es como de tienda de campaña. Son dos papilas, una vestibular y otra lingual unida por una depresión central llamada col o collado. La coloración de la papila es la misma que la encía insertada. Las papilas desaparecen en ausencia de punto de contacto.

I.- PARTE

ETIOLOGIA

En lo que se refiere a las causas que producen o provocan la retención de los dientes, se pueden clasificar las razones por las cuales el diente no hace erupción de la siguiente manera:

- 1.- Razones Embriológicas.
- 2.- Obstáculos Mecánicos.
 - A).- Falta de espacio
 - B).- Hueso de tal consideración que no pueda ser vencido en el trabajo de erupción (enostosis).
 - C).- El impedimento que se opone a la normal erupción.
 - D).- Elementos Patológicos (Tumores llamados odontomas).

3.- Causas Generales.

Aquí se expone un resumen de Dewell sobre el particular de dichos factores.

1. Los huesos del paladar duro ofrecen mayor resistencia que el hueso a la erupción de los caninos mal ubicados-

hacia lingual.

2. La mucosa que cubre el anterior del paladar está sujeta a repetidos esfuerzos y presiones durante la masticación, por lo cual se vuelve gruesa densa y resistente. Esta adherida más firmemente a la estructura ósea que ningún otro tejido blando de la cavidad bucal.

3. La erupción de los dientes depende hasta cierto punto de un aumento asociado al desarrollo apical. Esta ayuda a la erupción de los caninos está disminuida porque su raíz se halla normalmente más formada en el momento de la erupción que la de cualquier otro diente permanente.

4. Cuando más grande es la distancia de un diente debe recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, tanto mayores son las posibilidades de que se desvie su curso normal y se produzca la retención cosiguiente.

El canino debe recorrer la distancia mayor de todos los dientes para llegar a la completa oclusión.

Es igualmente cierto que cuanto menor es la distancia que un diente deba recorrer, tanto menor son las posibilidades de retención. Los primeros molares permanentes son los que recorren la distancia más corta.

5. Durante el desarrollo, la corona de los caninos permanentes está colocada por el lado lingual del largo apice de la raíz del canino infantil; cualquier cambio en la posición o condición de éste último causado ya sea por caries, ó por pérdida prematura, se refleja a lo largo de su altura completa, pudiendo causar fácilmente una desviación en la posición y en dirección de crecimiento de germen del canino permanente.

6. Absorción retardada de las raíces de los caninos primarios.

7. Los caninos son los últimos dientes en erupcionar por lo cual estan expuestos a las influencias ambientales desfavorables.

8. Los caninos erupcionan entre dientes que ya están en oclusión y entran en competencia por el espacio, con los segundos molares generalmente también erupción.

9. El canino está precedido por un canino primario - cuyo diámetro mesio-distal es mucho menor que el permanente.

Con esta se demuestra que los caninos superiores retenidos son veinte veces más frecuentes que los inferiores, y la retención palatina es más frecuente tres veces que en vestibulo.

lar.

La gran mayoría de los casos de retención se encuentran en las mujeres, a causa de que los huesos del craneo y -- maxilares son, en termino medio, más pequeños que en el hombre.

El canino inferior en contraste con el superior, presenta menor retenciones, y cuando se presenta lo hace, generalmente, por vestibular, y muy rara vez por lingual.

PARTE I.

CLASIFICACION

LOS CANINOS RETENIDOS SUPERIORES SI CLASIFICAN EN:

A).- Retención intraosea, cuando el diente esta cubierto en su totalidad por tejido, óseo.

B).- Retención subgingival, cuando el diente retenido esta cubierto únicamente por la mucosa gingival.

La clasificación de acuerdo a la dirección de su eje mayor, en los caninos retenidos es el siguiente:

A). Posición Vertical. Fig. 2

B). Posición Horizontal. Fig. 3

C). Posición Angular. Fig. 4

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

Clase I, canino retenido localizados en el paladar.

A). Horizontal.

B). Vertical.

C). Semivertical.



(FIGURA 2)



(FIGURA 3)



(FIGURA 4)

Clase II. Caninos retenidos localizados en superficie vestibular del maxilar superior.

- A). Horizontal.
- B). Vertical.
- C). Semivertical.

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

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

Clase V. Caninos retenidos localizados en un maxilar superior desdentado.

A). Ubicados en el lado palatino B). Ubicado en el lado vestibulozo.

PARTE I

PERTURBACIONES QUE OCASIONA:
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

Mal posición de los dientes contiguos. La presión -- ejercida por el diente interrumpiendo en su erupción puede causar desplazamiento o rotación de los incisivos laterales.

a). Resorción de las raíces de los dientes contiguos producida por la presión del diente retenido.

Ya que el examen radiográfico no nos da la destruc- - ción de las raíces por la superposición de las imágenes.

b). Caries del diente retenido ó de los dientes con- tiguos.

c). Dolor, este es un sintoma común asociado al dien- te retenido: casi siempre es de tipo neurológico referido al - ojo, oído, senos maxilares, hueso frontal, cara y cabeza.

El dolor es de un tipo sordo, causado por compresión- y que es irradiado pudiendo obedecer a la formación de quistes o de tumores situados cerca de la corona del diente retenido - obteniéndose alivio casi inmediato con la avulsión.

d). Desajuste de la protesis totales. Esta hace pre sión sobre el tejido aumentando la circulación local y proba-- blemente estimule esta a la erupción del diente retenido.

e). Infección esta suele ser muy rara.

f). Tumores o quistes dentigenos.- Estos se origi-- nan en los vasos foliculares que rodean las coronas de los -- dientes en desarrollo.

CONTRAINDICACIONES

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

h). En algunos casos especiales en que se hubiesen - cerrado el espacio y con la presencia de todos los dientes en posición normal ó cuando esta no cause ninguna alteración aparente, pero por regla siempre está debiera ser extraído.

PARTE II

I. VALORACION DEL PACIENTE ANTES DE LA INTERVENCION

La gran cantidad de descubrimientos conseguidos por nuestros colegas médicos en el campo del diagnóstico y terapéutica, han permitido que los cirujanos orales puedan tratar a muchos enfermos que en épocas anteriores no hubieran podido sobre llevar sus enfermedades. Es necesario que los cirujanos orales, tengan un profundo conocimiento de los procesos patológicos básicos y saber valorar los resultados que su tratamiento pueden tener sobre el paciente y su enfermedad.

El cirujano deberá valorar el estado del enfermo y determinar cuando se utilizará anestesia local o la general. Deberá decir cuando el paciente puede ser tratado en regimen ambulatorio o cuando deberá ser hospitalizado, para poder conseguir todo ello, necesitará reunir la suficiente información -- que le permita lograr sus objetivos en forma adecuada.

LA HISTORIA CLINICA MEDICA EN LA PRACTICA DENTAL

FINALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

La anotación de la Historia Clínica Médica, considerada como un trámite que se aplicaba al tratamiento del paciente especial, se considera ahora como un elemento indispensable en la práctica corriente. Hay cuatro razones principales por las cuales el dentista toma dicha historia, para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar: para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la administración de determinados medicamentos destinados a su tratamiento pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado a su paciente, para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial: para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

"CUESTIONARIO SANITARIO"

Existen diversas formas válidas y adecuadas para tomar la historia clínica. Algunos prefieren registrar la información en una hoja de papel blanco mientras que otros optan por servirse de impresos con pauta que guía el interrogatorio. Un método práctico bastante extendido es el empleo de un cuestionario sanitario. Como varias Escuelas de Odontología utilizan en sus clínicas éste tipo de cuestionario, hay muchos dentistas que están familiarizados con su uso, el que presentamos -- aquí se basa en el cuestionario que aparece en Accepted Dental Remedies, publicación del Concil en Dental Therapeutic.

CUESTIONARIO SANITARIO

NOMBRE _____ SEXO _____ EDAD _____
 DIRECCION _____ ;
 TELEFONO _____ OCUPACION _____ ESTADO _____
 NOMBRE Y DIRECCION DE MI MEDICO _____

INSTRUCCIONES

Si su respuesta es afirmativa rodee con un círculo la palabra "SI". Si su respuesta es negativa rodee con un círculo la palabra "NO"

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

- | | | |
|---|----|----|
| a) Fiebre Reumática o cardiopatía reumática | SI | NO |
| b) Lesiones cardíacas congénitas | SI | NO |
| c) Enfermedades Cardiovasculares (Trastorno Cardíaco, - - ataque cardíaco Insuficiencia Coronaria, Tensión Arte-- rial Elevada).... | SI | NO |
| 1. Dolor en el pecho después de los esfuerzos | SI | NO |
| 2. Le falta el aliento después de un ejerci-- cio moderado? | SI | NO |
| 3. Se le hinchan los tobillos? | SI | NO |
| 4. Tiene dificultad para respirar cuando está agachado o necesita más almudadas cuando duerme | SI | NO |
| d) Alergias | SI | NO |
| e) Asma o fiebre del heno | SI | NO |
| f) Urticaria o erupción cutánea | SI | NO |
| g) Desvanecimientos o ataques | SI | NO |
| h) Diabetes | SI | NO |

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Tiene necesidad de orinar más de seis veces al día? | SI | NO |
| 2. ¿Tiene sensación de sed con mucha frecuencia? | SI | NO |
| 3. Sensación de sequedad en la boca? | SI | NO |
| i) Hepatitis, icterici, o enfermedad hepática | SI | NO |
| j) Artritis | SI | NO |
| k) Transtornos renales | SI | NO |
| l) Tuberculosis | SI | NO |
| m) Hipotención | SI | NO |
| n) Enfermedades venéras | SI | NO |
| o) Otras enfermedades | SI | NO |
| 7. ¿Ha tenido hemorragias anormales con extracciones anteriores, intervenciones quirúrgicas, o traumatismo? _____ | SI | NO |
| a) Se produce equimosis con facilidad | SI | NO |
| b) ¿Ha necesitado alguna vez una transfusión de sangre? | SI | NO |
| En caso afirmativo, explique en que circunstancias _____ | | |

- | | | |
|---|----|----|
| 8. ¿Padece algún trastorno de la sangre, por ejemplo anemia? | SI | NO |
| 9. Le han operado o le han aplicado radioterapia por un tumor, abultamiento o cualquier otra alteración de la boca o de los labios? | SI | NO |
| 10. Toma algún preparado medicamentoso? | SI | NO |
| 11. Toma algunos de los preparados siguientes? | | |
| a) Antibióticos o sulfamidas | SI | NO |
| b) Medicamentos para la presión sanguínea elevada | SI | NO |
| c) Cortizona (esteroides) | SI | NO |
| d) Tranquilizantes | SI | NO |
| e) Aspirina | SI | NO |
| f) Otros preparados | SI | NO |
| 12. Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a? | | |
| a) Anestésicos locales | SI | NO |
| b) Penicilina u otros antibióticos | SI | NO |
| c) Sulfamidas | SI | NO |

- d) Barbitúricos, sedantes, y tabletas -
 contra el insomnio SI NO
- e) Otras sustancias SI NO

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

En caso afirmativo, explique cual es? _____

14. ¿Tiene dolor en la boca? SI NO

15. ¿Le sangran las encías? SI NO

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

17. ¿Qué tratamiento le dió? _____

18. ¿Ha sufrido algún trastorno importante -
 con ocasión de algún tratamiento dental -
 anterior _____ SI NO

En caso afirmativo, diga que ocurrió _____

MUJERES

19. ¿Está embarazada? _____ SI NO

20. ¿Sufre trastornos relacionados con el
período menstrual? _____ SI NO

Observaciones. _____

Fecha _____ Firma del paciente _____

Firma del dentista _____

PARTE II.

III. ESTUDIO RADIOGRAFICO, "IMPORTANCIA"

El examen radiográfico en realidad está considerado como parte integrante de la historia clínica, ya que es uno de los métodos auxiliares en diagnóstico más importantes con que se cuenta en Odontología.

Sin embargo, para el tratamiento de los caninos superiores retenidos y en general para cualquier otro diente en la misma situación, el uso de los rayos "X" es de suma importancia.

Una vez que hemos llegado al diagnóstico de canino retenido deberemos establecer la posición exacta que ocupa en los maxilares: para encarar el problema quirúrgico no es suficiente tomar una radiografía intraoral solo para comprobar el diagnóstico, sino que se hará necesario, llevar a cabo ciertas reglas para que nuestro estudio sea adecuada y -- obtengámos el máximo de beneficios.

Es necesario ubicar el diente, también es importante el observar el apice y la cúspide: conocer la relación -- que guarda el diente retenido con los dientes vecinos, así como las estructuras subyacentes (fosas nasales, seno maxilar). La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo, Densj

dad, Presencia del saco pericoronario y existencia de procesos pericoronarios.

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

Una buena radiografía debe mostrar:

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

La cúspide del canino puede estar en contacto con la raíz del central ó del lateral o enclavada entre dos dientes:-- cualquiera de éstas formas constituyen un serio obstáculo para su extracción.

También es de suma importancia conocer la porción ra-

dicular ya que el ápice de los caninos retenidos presentan en general una pronunciada dilaceración.

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

A). Relación Vestibulo-Palatino

Esta relación es necesaria primordialmente para elegir la vía de acceso. Aproximadamente un 85% de los caninos superiores retenidos, presentan una posición palatina: sin -- embargo para comprobar éste hecho, tomaremos una radiografía -- mediante está táctica:

Colocando el paciente sentado en posición vertical -- de tal manera que el plano del arco dentario superior tome -- una forma horizontal, y colocaremos una película radiográfica oclusal entre ambos maxilares.

Colocación del cono de aparatos de rayos X deberá -- ser paralela a los ejes longitudinales de los incisivos, colo -- cando dicho cono sobre el hueso frontal del paciente aproxima -- damente a dos centímetros y medio de la eminencia frontal.

Siguiendo ésta técnica, obtendremos una radiografía --

dicular ya que el ápice de los caninos retenidos presentan en general una pronunciada dilaceración.

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

A). Relación Vestíbulo-Palatino

Esta relación es necesaria primordialmente para elegir la vía de acceso. Aproximadamente un 85% de los caninos superiores retenidos, presentan una posición palatina: sin embargo para comprobar éste hecho, tomaremos una radiografía mediante esta táctica:

Colocando el paciente sentado en posición vertical - de tal manera que el plano del arco dentario superior tome una forma horizontal, y colocaremos una película radiográfica oclusal entre ambos maxilares.

Colocación del cono de aparatos de rayos X deberá ser paralela a los ejes longitudinales de los incisivos, colocando dicho cono sobre el hueso frontal del paciente aproximadamente a dos centímetros y medio de la eminencia frontal.

Siguiendo ésta técnica, obtendremos una radiografía-

en donde se aprecian los incisivos de tal modo que solo se -- percibe el corte del ecuador de cada diente, sin que se vea -- la proyección de la raíz.

El canino retenido aparece por delante de la proyec-- ción de los dientes anteriores en el caso que se vestibulan, -- y por detrás de la misma en caso de que sea de colocación pa-- latina.

B). Ubicación del canino en el plano sagital.

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

Toma anterior.- Se coloca la película en el lado pa-- latino, haciendo coincidir la línea media de la placa con el -- espacio interincisivo, siendo la dirección del rayo en la fo-- rma común para este tipo de tomas.

Toma media.- Se hace coincidir el borde anterior de -- la placa, con la cara distal del incisivo lateral, siendo nor-- mal la dirección del rayo.

Toma posterior.- En esta se hace coincidir el borde -- anterior de la placa se coloca verticalmente y el rayo es nor--

mal a la película.

C). Delimitación del canino en el plano horizontal.

En ésta técnica se usa una radiografía oclusal con el rayo central perpendicular a la placa y pasando por los premolares, lo que evita que los rayos secundarios den una imagen incorrecta del diente proyectándolo a través de las raíces de los demás dientes en arcada.

D). Delimitación del Canino en el plano Vertical.

Este método sirve para localización del plano vertical de los caninos retenidos. Se coloca una placa, que bien puede ser del tipo extraoral, o bien oclusal, sobre las mejillas opuestas del canino retenido, dirigiendo el rayo central de manera que atraviese el maxilar en sentido horizontal e incida perpendicularmente a la placa radiográfica.

PARTE: III.

I. ANESTESIA Y SUS TECNICAS DE BLOQUEO

Las distintas maniobras que la cirugía debe emplear para el tratamiento de las afecciones provocan dolor, la supresión de éste dolor, una de la más grandes conquistas de la humanidad, se logra con el empleo de la anestesia. Término que se usa corrientemente para designar éste procedimiento -- pero que en realidad debe tener distintas aceptaciones: Anestesia es el método que permite la pérdida total de la sensibilidad.

Analgesia es la supresión del dolor, conservando la conciencia, mantengamos el término anestesia para describir -- las maniobras que se realizan con el fin de suprimir la pérdida total del dolor.

En cirugía hay varios tipos de anestesia.

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

En éste caso veremos la correspondiente a nuestra -- cirugía, por regla general la anestesia de la región canina -- la lograremos mediante el bloqueo de los nervios.

- A). Infraorbitarios
- B). Esfenopalatino
- C). Palatino anterior

En la práctica los términos que se llevan a cabo para el bloqueo de la región canina, son, la suproperiostica -- alveolar superior en combinación con la palatina del lado que se vá a intervenir.

BLOQUEO DEL INFRAORBITARIO.

Para éste bloqueo la referencia principal es el agujero del mismo nombre que se localiza por la palpación en la región inmediatamente abajo de la escotadura infraorbitaria, - aproximadamente a un centimetro de la ala de la nariz y sacando una línea de la pupila con la vista al frente. La punción se hará por vía bucal ó extrabucal.

BLOQUEO SUPROPERIOSTICO ALVEOLAR SUPERIOR.

El punto de punción también es el pliegue mucolabial, éste punto situado entre las raices del canino y premolares.

BLOQUEO PALATINO ANTERIOR.

La técnica consiste en una punción en el paladar a -

nivel de la línea media aproximadamente a un centímetro del -
cuello de los incisivos centrales.

Esta inyección anestesia la membrana mucosa y el pe-
riostio del paladar hasta los seis dientes anteriores (de ca-
nino a canino).

Hay algunos casos dependiendo la posición del canino
habrá la necesidad de depositar otras gotas de anestesia a ni-
vel de los agujeros palatinos posteriores.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR.

El nervio maxilar superior es puramente sensitivo, -
atraviesa el agujero redondo mayor para luego penetrar en la-
fosa pterigomaxilar en donde se divide entre sus ramas pode--
mos enumerar:

1). El nervio orbitario, que entra en la órbita -
a través de la endidura esfenomaxilar y se divide hacia delan-
te pegado a la pared externa de ésta, para luego dar dos ra--
mas que inervan la piel de la porción anterior de la cien y -
las cercanías del ángulo externo del ojo.

2). Las ramas nasales posteriores, que inervan la -
porción posteroinferior de la mucosa de las fosas nasales. --

Una de éstas ramas, el nervio naso palatino se dirige hacia adelante y abajo en el septum para luego, a través del agujero incisivo, dividirse e inervan la porción anterior del paladar duro y la región adyacente de la encía.

3). El nervio palatino anterior, que atraviesa el conducto palatino posterior dando ramas a la mucosa del paladar duro y la porción palatina de la encía.

4). El nervio infraorbitario, continuación directa del nervio maxilar superior después de atravesar la endidura esfenomaxilar, corre en el piso de la orbita formando los nervios, alveolares de la mandíbula superior y de la encía para luego salir a través del agujero infraorbitaria y dar ramas a la piel situada entre la endidura palberal y las ventanas nasales.

PARTE: III.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR VIA PALATINA

Anestesia.- Como en toda intervención quirúrgica, - la anestesia es fundamental la extracción de los dientes retenidos es una operación larga y molesta. La anestesia debe -- prever la longitud de la operación. Es interesante el empleo de una anestesia base, administrando al paciente un barbitúrico.

Retención unilateral: Anestesia infraorbitaria del lado a operar.

Anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina - a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino-posterior del lado a operarse.

Retención bilateral.- Anestesia infraorbitaria en - ambos lados.

Anestesia infiltrativa local en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y de ambos agujeros palatinos posteriores.

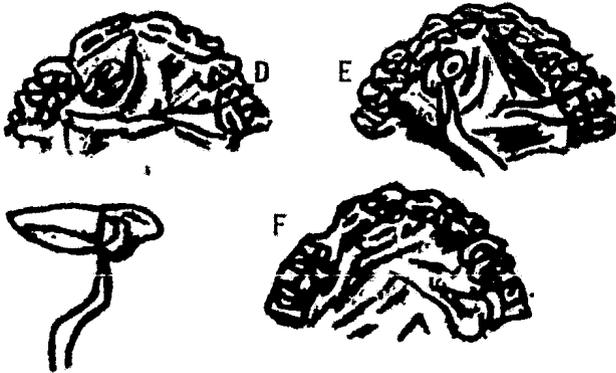
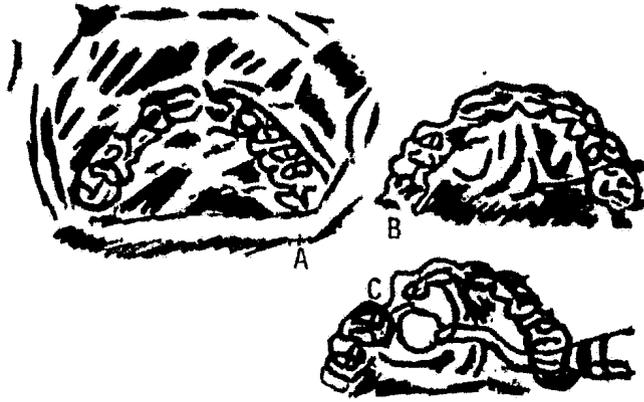
Anestesia general.- Los caninos retenidos pueden - ser operados bajo anestesia general (barbitúricos por vía en-

dovenosa, más protóxido de ázoe, oxígeno) es conveniente colocar la cabeza en posición de rose.

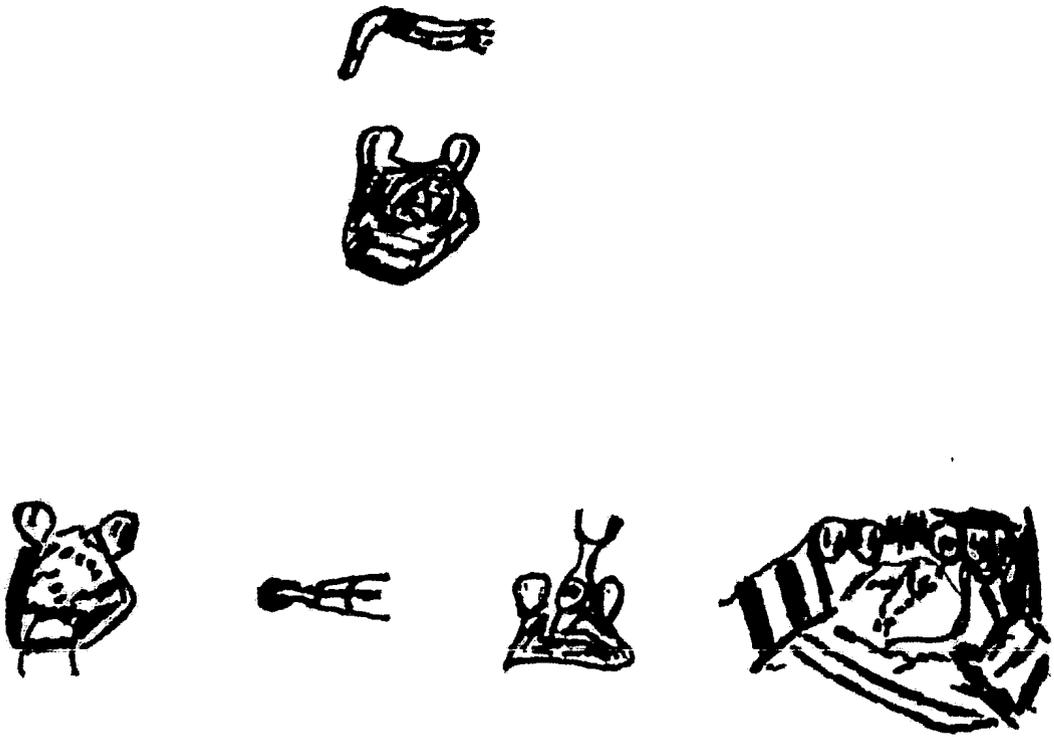
OPERACION.- Incisión. Para extraer un canino retenido en la bóveda palatina, es necesario desprender parte de la fibro mucosa, dejando al descubierto la bóveda ósea. Fig.- 5 (A,B,C,D,E,F,) Es decir, preparar un colgajo que permita un amplio descubrimiento del lugar donde está retenido el diente a extraer. Para conseguir tal colgajo se ha de practicar una incisión en la bóveda palatina. Este colgajo debe dar una suficiente visión del campo operatorio y debe ser dispuesto de tal modo, que no sea traumatizado en el curso de la intervención. Pequeñas incisiones en la bóveda son insuficientes y antiquirúrgicas.

La extensión del colgajo debe estar dada por la posición del canino retenido Cúspide y ápice del canino son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisión, esta puede tener dos formas: La primera, que se realiza en pleno tejido del paladar duro tiene aplicación, para la intervención de los caninos alejados del borde alveolar.

Tiene el inconveniente que no da un amplio campo y que el estrecho gingival entre la incisión y la arcada alveolar, es magullado y traumatizado en el curso de la intervención, la segunda forma de incisión está más en consonancia --



(FIGURA 5)



(FIGURA 6)

con los principios quirúrgicos. Consiste en el desprendimiento del telo palatino realizando previamente el desprendimiento de la fibromucosa palatina del cuello de los dientes. Este es el colgajo que preferimos, (Fig. 6) se realiza de la siguiente manera: Se usa un bisturí de hoja corta, el cual se insinúa entre los dientes y la encía, dirigido en sentido perpendicular a la bóveda, llegando hasta el hueso. El desprendimiento se inicia en el límite ya prefijado (cara distal del segundo premolar, cara distal del primer molar), y se extiende en sentido anterior hasta los incisivos centrales, lateral o molar del lado opuesto, según sea el sitio que ocupa el o los caninos retenidos. Al llegar al sitio donde falta el diente en la arcada, el bisturí contornea 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 ésta incisión será utilizada con provecho al practicar la sutura. Si existe el canino temporario, la incisión la rodea por su cara palatina. En caso de un canino situado más posteriormente, no es necesario que la incisión pase la línea media, respetando por lo tanto, al decidirse el colgajo, los elementos que se relacionan con el agujero palatino anterior (el seccionamiento de los cuales, por otra parte no trae mayores inconvenientes). Para que tal colgajo sea útil, algunos autores indican una incisión perpendicular a la arcada dentaria y de una extensión aproximada de un centímetro. Esta incisión deba partir de una lengüeta in-

terdentaria (la inmediatamente distal al ápice del canino) y se dirige hacia la línea media y ligeramente atrás. Los vasos palatinos, que discurren desde el agujero palatino posterior hacia adelante, son seccionados, dando una abundante hemorragia; en lo posible debe evitarse este tipo de incisión. Ampliando suficientemente el límite de desprendimiento de los dientes, no es necesaria la incisión transversal en la bóveda palatina.

PARTE: III

TRATAMIENTO TECNICAS QUIRURGICAS

Hay que recordar que tenemos dos vías de acceso a -
seguir que son:

A). Vestibular.

B). Palatina.

Esta se deberá elegir de acuerdo al lugar donde éstos --
tos se encuentran instalados.

Si éstos estan colocados del lado palatino de los -
dientes (con arcadas dentarias completas), deben de ser ex- -
traidas por la vía palatina, se encuentran colocados del lado
palatina, pero cerca de la arcada dentaria y con un espacio -
entre incisivo lateral y primer premolar ó entre incisivo centr
tral y primer premolar (por ausencia del lateral), pueden ser
abordados por la vía vestibular. Cuando la retención es franq
camente vestibular, la vida de acceso, desde luego es la vestij
bular, la vía vestibular es la más sencilla, más conocida y --
de mejores resultados. No siempre puede ser aplicada.

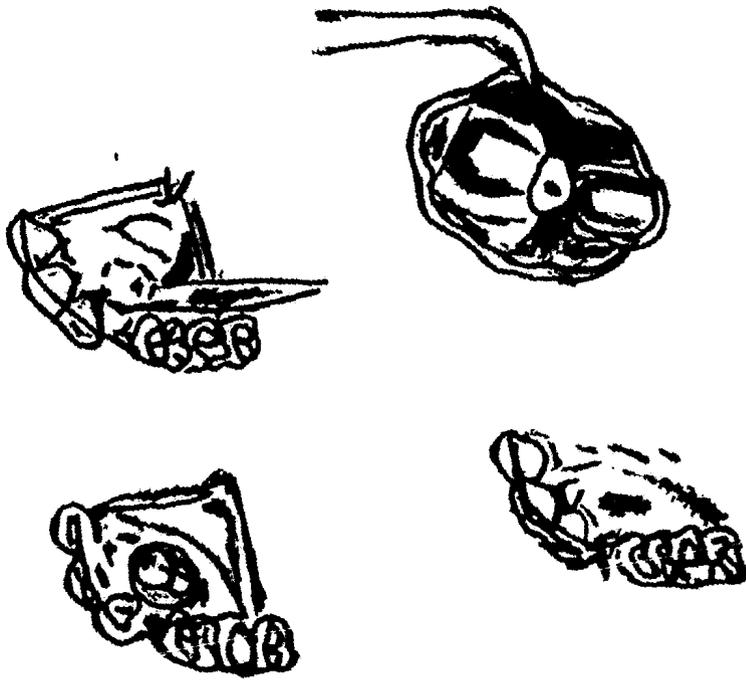
DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.- Practicada la incisión, el desprendimiento del colgajo, se realiza con un instrumento romo.

Este instrumento se insinúa entre las arcadas dentaria y la encía ó entre los labios de la incisión palatina, y por pequeños movimientos, sin herir ni desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubrimiento el hueso del paladar. Fig. (7)

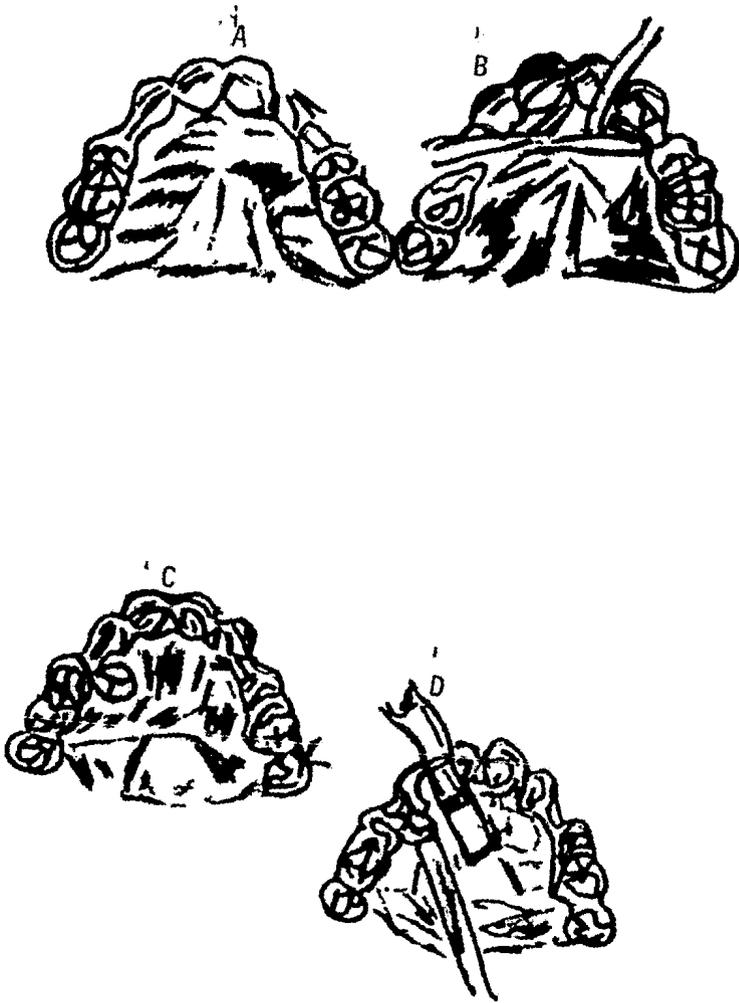
Es conveniente después de desprendido un trozo de fibromucosa, tomar éste con una pinza de disección. Este colgajo debe ser mantenido inmóvil durante el curso de la operación. Se pasa un hilo de sutura por un punto de la fibromucosa, de preferencia a nivel de la lengüeta gingival del espacio del canino.

El hilo se anuda a un molar del lado opuesto, se toman sus cabos con una pinza de Kocher y se figan a la compresa que cubre el paciente, en ambos casos este mismo hilo, sin necesidad de volverlo a pasar por la fibromucosa, se enhebra en una aguja y sirve para suturar el colgajo.

Se cohbe la hemorragia ósea, o de los vasos palatinos, sin cuyo requisito la visión no es correcta y se pasa a la osteotomía.



(FIGURA 7)



(FIGURA 8)

OSTEOTOMIA.- Para eliminar el hueso que cubre el canino retenido, puede el cirujano valerse de varios métodos que, aunque llevan al mismo fin, tienen diferentes fundamentos que se refieren al shock quirúrgico y a las molestias que pueda sentir el paciente. Los instrumentos usados, como ya han sido considerados en otras intervenciones, Fig.8 son la fresa quirúrgica (por la cual abogamos) y el escoplo (escoplo automático, ó impulsado a golpes de martillo).

Cantidad de hueso a eliminarse: Es importante especificar la cantidad de hueso a eliminarse. Deben quedar ampliamente descubiertas, en la osteotomía, todas las coronas retenidas y parte de la raíz. Vamos aclararles estos términos, ya se han dicho que el principal obstáculo en la extracción del canino retenido está en su corona y no en su raíz. La osteotomía debe descubrir toda la corona especialmente a nivel de la cúspide del diente retenido y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona, para que ésta se pueda eliminar de la cavidad ósea, sin tropiezos y sin traumatismos, según sea la inclinación del canino se exigirá mayor o menor sacrificio del hueso a nivel de su parte radicular. Por lo general es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz, con el método de la odontosección, la cantidad de osteotomía está reducida.

USO DE LA FRESA.- La fresa es el instrumento de --

nuestra preferencia. Elimina el hueso, limpia y rápidamente, sin molestar al operador. Los inconvenientes que pudieran derivarse del calentamiento del instrumento se usaran fresas -- nuevas, porque al ambotarse con los restos óseos y la sangre, bruñe al hueso y lo calienta. Es útil irrigar el hueso con suero fisiológico tibio esterilizado, el empleo de fresas de carburo de tungsteno y torno de alta velocidad, facilitan la operación.

La osteotomía a fresa se realiza con fresas redondas números 4 o 5. Una vez ubicada con precisión la corona del diente retenido (por la radiografía y por 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 diversos orificios creados por la fresa se unen entre sí, seccionando el hueso que lo separa, con una fresa de fisura fina o con un escoplo que dirigido por pequeños golpes cumple el mismo cometido. Esta "tapa ósea" se levanta -- con el mismo escoplo o con una pequeña legra.

Cuando la corona del canino está muy superficial y el hueso que la cubre es papiráceo, puede ser eliminado en total con una fresa redonda grande. La fresa puede usarse en el contraángulo o en la pieza de mano, según las preferencias del operador.

USO DEL ESCOPLLO.- Se emplea un escoplo recto, angulado ó de media caña. Se aplica verticalmente al hueso y con golpes de martillo se elimina el hueso que sea necesario.

Esta osteotomía se cumple por partes, retirando el hueso en pequeñas partes, en las retenciones superficiales el escoplo no causa molestias sobre todo por que en tal condición puede ser usado bajo presión normal. En las profundas, el golpe del martillo es penosamente soportarlo por el paciente. Evitarlo es mejor el acto quirúrgico.

El escoplo tiene que ser dirigido perpendicularmente al eje mayor del diente dos ó tres golpes son suficientes para realizar la odontosección.

Extracción de las partes seccionadas. Extracción 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 un movimiento de palanca con punto de apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento, se desciende la corona. Las dificultades que pueden encontrar en ésta maniobra, reciden en insuficiencia osteotomía por escasa amplitud de la ventana ósea, menor que el mayor encho de la corona ó cuspide del canino introducido profundamente en el hueso o en contacto con los dientes vecinos.

Se vencen éstas dificultades, como ya fué dicho dirigiendo la corona en dirección apical, a expensas del espacio creado por la fresa al dividir el diente.

Extracción de la raíz.- Eliminada la corona, hay un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina. Es más sencilla y exitosa esta maniobra, que tratar la luxación de la raíz a expensas de la elasticidad de la "porción ósea" del paladar que la cubre. Cuando la estructura ósea es escasa puede luxarse la raíz introduciendo el mismo elevador angular que se usó para la corona, entre la pared radicular que mira a la línea media y el hueso adyacente y dirigiendo la raíz hacia abajo y hacia la línea media. Fig.9-

En otras condiciones es útil practicar, con una fresa redonda, un orificio en la bóveda ósea que llegue hasta la raíz. Introduciendo por ésta perforación un elevador fino ó un instrumento sólido se dirige la raíz hacia el espacio vacío. También puede practicarse, con una fresa redonda un orificio en la raíz, en el cual se introduce el elevador llevando la raíz hacia adelante. Si después de recorrer un trecho se nota una nueva sensación de resistencia, deberá inculparse a la dilaceración radicular (que debió ser prevista por el examen radiografico). Una nueva sección de la raíz a fresa o escoplo, permitirá vencer el acodamiento y eliminar la por--

ción radicular.

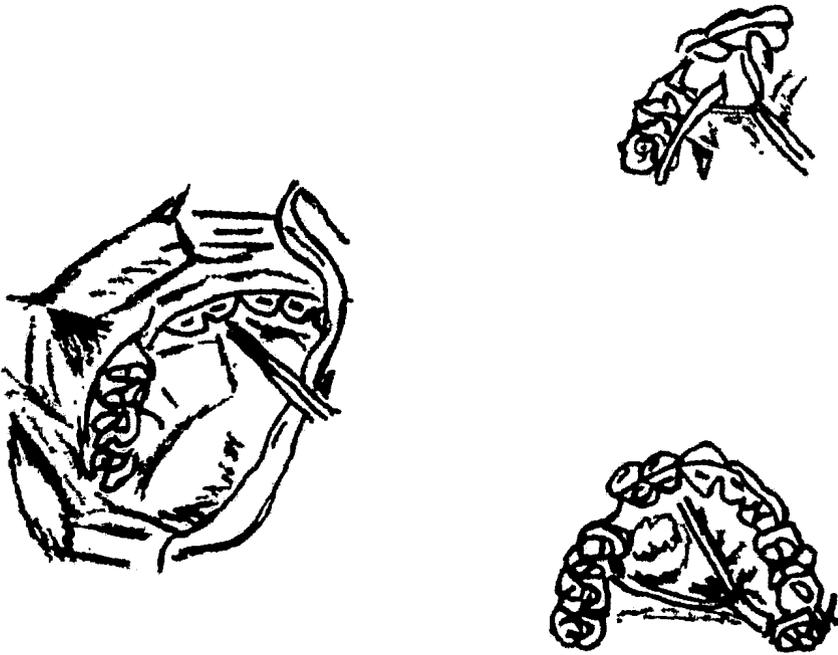
Tratamiento de la cavidad ósea.- Extraído el canino debe impecionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer - la esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y elimi-- nar el saco pericoronario del diente retenido: éste se estir-- pa con una cucharilla filosa. La omisión de ésta medida pue-- de traer trastornos.

Los bordes óseos agudos prominentes deben ser aisla-- dos con una fresa redonda o con escofinas, o limas para hueso.

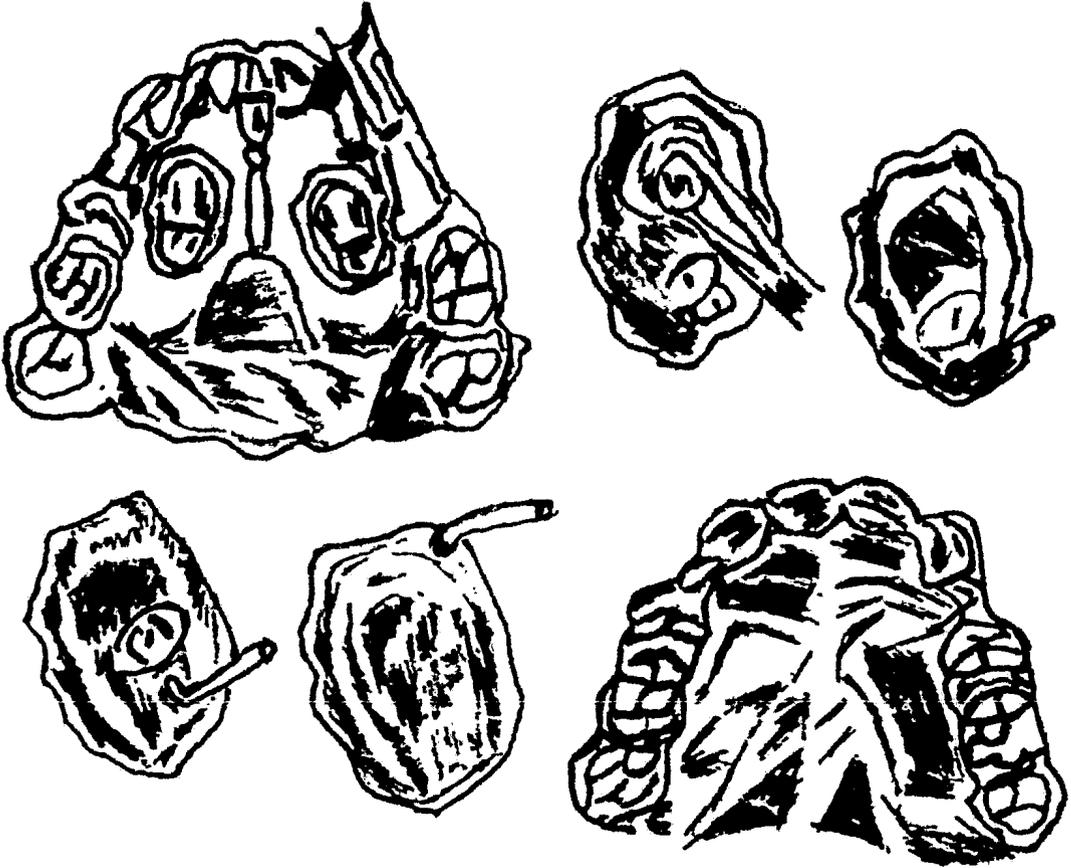
Sutura.- Es un tiempo importante e imprescindible,- a nuestro juicio. El colgajo se vuelve a su sitio, readaptán-- dolo perfectamente, de manera que las lengüetas interdenta-- rias ocupen su normal ubicación.

En los caninos unilaterales, generalmente un punto - de sutura es suficiente: se coloca a nivel del espacio es ne-- cesario desprender, en una pequeña extensión, la fibromucosa-- vestibular para poder pasar con comodidad la aguja.

Si persiste el canino temporario, la sutura del col-- gajo debe realizarse con una aguja recta y fina. La cual se-- pasa por el espacio interdentario más ancho, el extremo inter-- no del hilo se vuelve, atraviesa el punto de contacto para --



(FIGURA 9)



(FIGURA 10)

Llegar al triángulo subgingival y se anuda con el extremo del hilo. Terminada la operación, se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa.

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA DOBLE RETENCION DE CANINOS EN MAXILARES CON DIENTES.

Incisión.- La única incisión que conviene, en caso de caninos bilaterales, es el desprendimiento del colgajo palatino, separando la fibromucosa del cuello de los dientes, desde distal del segundo premolar o del primero (según la ubicación de los ápices de los caninos). Fig. 10

Desprendimiento del colgajo.- Con una espátula de Freer o con el periostótomo y con la misma técnica señalada para la retención unilateral, se desprende la fibromucosa. El colgajo se mantiene inmóvil, sujetándolo al segundo molar.

Osteotomía.- Se práctica como en la retención unilateral.

Extracción.- Seguirá los procedimientos enunciados.

Sutura.- Su empleo es más necesario que en el caso de retención unilateral. Se pasan tres o cuatro puntos de sutura en los sitios más accesibles.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR VIA VESTIBULAR

CANINOS RETENIDOS EN POSICION VESTIBULAR Y CANINOS PALATINOS

La vía vestibular para la extracción de los caninos retenidos en el lado vestibular y los palatinos proximos a la arcada dentaria, con espacio suficiente dado por diastemas o dientes ausentes es más sencilla que la palatina.

La iluminación más fácil y el acceso del diente retenido es más directo.

Las indicaciones para la extracción por esta vía son desde ahora, los caninos palatinos cuyos bordes incisales están colocados, por lo menos a nivel de lateral; Fig 11 la extracción por vía vestibular de la corona de los que están muy próximos a la línea media, es muy difícil por esta vía en estas circunstancias cuando se ha iniciado la intervención por la vía vestibular y no se logra luxar la corona, puede completarse la intervención por vía palatina el mecanismo de la extracción sigue los principios ya señalados para los dientes retenidos en la bóveda.

ANESTESIA: La anestesia de elección es la infraorbitaria, se completa con la anestesia del paladar a nivel del --



(FIGURA 11)

aujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura - del apice del canino, si se opera con anestesia general es - - útil realizar una anestesia en el vestibulo con fines hemostá- ticos.

INCISION: Se emplea la incisión en arco (partsch) o - la incisión hasta el borde libre (neumann). Debe estar estar- lo suficientemente alejada del sitio de implantación del dien- te como para que esta no coincida con la brecha ósea, el repo- ner el colgajo en su sitio.

Desprendimiento del colgajo siguen las normas traza-- das para los otros tipos de colgajos, éste debe mantenerse le- vantado durante el curso de la operación con un separador como que no traumatice, hay que evitar tironeamientos que repercu-- tan sobre la vitalidad del tejido jingival.

OSTEOTOMIA.- La osteotomía se realiza a escoplo y -- martillo o fresa. Ambos métodos son buenos, la tabla externa- no tiene la dureza solides de la bóveda palatina y permite la- osteotomía más facilmente.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Los caninos vestibuu- lares después de enucleada la tapa ósea, pueden ser extraidos- enteros, luxandolos previamente con elevadores rectos que insi

nuan entre el diente y la pared ósea, en los sitios más sólidos será luxado el diente, se toma con una pinza recta y se extrae.

Los caninos palatinos y se encuentran próximos a la cara dentaria, en caso de ausencia del incisivo lateral, del primer premolar o también de ambos dientes, pueden ser intervenidos; para ser posible su extracción es necesario seccionarlos.

La odontosección se realiza con fresa de fisura (en la pieza de mano). El diente retenido se corta a nivel del cuello, la corona se extrae con un elevador recto o angular, en el espacio creado por la corona extraída se proyecta la porción radicular.

La raíz es movilizada en dirección de su eje mayor con elevadores, o se práctica un orificio en la raíz con una fresa redonda, en el cuál se introduce un instrumento delgado con el que se le desplazará.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.- Se inspecciona la cavidad ósea, se extirpe el saco pericoronario y los restos óseos o dentarios

SUTURA.- Dos o tres puntos de sutura con seda o hilo completan la operación después de acomodar el colgajo en su si tio. Los distintos tipos de detenciones vestibulares y palatinos pueden operarse siguiendo las normas señaladas, con las li geras variantes que presente cada caso particular.

PARTE III

LA EXTRACCION DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS

La vía de elección para la extracción de caninos o maxilares sin dientes es la vestibular. La ausencia de dientes facilita la operación.

Prácticamente todos los casos pueden resolverse por esta vía, a no ser colocados muy profundamente lejos de la tabla externa y proximos a la bobéda (fig. 12). Para estos últimos, el canino más corto es la extracción por vía palatina, -- las normas para la extracción de estos dientes se ajustan a -- las señaladas para los otros tipos de caninos retenidos.

Para la extracción de caninos retenidos en la proximidad deben preeverse los riesgos de fractura de porciones de la tabla vestibular, lo cual acarrearía trastornos posteriores -- desde el punto de vista protético. Es preferible seccionar el diente que ejerce presiones peligrosas.

V. COMPLICACIONES, TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.

Se entiende por post-operatorio, el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los -



(FIGURA 12)

daños que surjan con motivo del acto quirúrgico.

Desde luego que el postoperatorio en cirugía bucal no puede tener la trascendencia del mismo en una operación de -- cirugía general en otros términos nuestra cirugía sobre un paciente ambulante y salvo excepciones que se funden más bién en el tipo de anestesia usando que en la operación misma el enfermo no necesita ser hospitalizado.

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

TRATAMIENTO LOCAL POSOPERATORIO

Higiene de la cavidad bucal.- Terminada la operación el ayudante o la enfermera lava prolijamente la sangre que pudo averse depositado sobre la cara del paciente con una gaza - mojada en agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibfa del mismo medicamento, o mejor proyectada - ésta con un atomizador que limpiará y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios.

Estos elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

Es de suma importancia la toma de una radiografía posoperatoria para cerciorarse de que no hemos dejado resto de tejido óseo o dentarios, esto debemos de hacerlo antes de suturarse.

Antes de que el paciente se retire es de vital importancia anotarle las siguientes indicaciones.

1.- La administración de medicamentos antibióticos, analgésicos antiinflamatorios (según el caso).

2.- Los cuidados con respecto a su herida.

3.- Indicarle la fecha con que se retirarán los puntos según el caso.

4.- Informar al paciente que hacer en caso de hemorragias o cualquier otro problema no controlable. Ponerse en contacto de inmediato con el cirujano dentista.

Por último es de vital importancia hacer una revisión periódica de nuestro paciente para saber la evolución de su -- proceso postoperatorio, pues el tratamiento postoperatorio es lo más importante de nuestro trabajo ya que esto nos dará una satisfacción de haber realizado nuestro trabajo adecuadamente y con eficacia.

PARTE III

V COMPLICACIONES

Los accidentes originados por la extracción dentaria son multiples y de distintas categorias, algunos de los cuales pueden ser:

- a) Al momento de anestisiar.
- b) Otros la extracción propiamente dicha.
- c) Accidentes al anestesiar en seguida se mencionarán.

INMEDIATOS

1.- Dolor.- Al realizar una inyección, la auja puede tocar un nervio o riginandose por este motivo dolor de distinta indole, intencidad, localización o irradiación, dolor -- que puede persistir horas o días, se puede deber a inyecciones con agujas chatas o de las soluciones anestesicas muy calientes o frías.

El desagarre de los tejidos gingivales y sobre todo - el periostio es causa de molestias y postoperatorias de intencidad variable.

2.- Lipotimia, (sincope).- La etiología de este accidente es compleja, en algunas ocasiones el accidente es -- neuroténico, siendo el miedo la causa originaria la adrenalina de la solución anestésica tiene en otras circunstancias un papel importante entre o no en juego .la patología cardíaca del paciente. Es un accidente frecuente, durante la realización de la anestesia o algúnos minutos después el paciente traza el cuadro clasico ya descrito: palides, taquicardía, sudores fríos respiración ansiosa de este estado.

El paciente puede recuperarse en pocos minutos o entrar en un cuadro más serio el pulso se hace filiforme o imperseptible la respiración angustiosa o entre cortada. El fenómeno que puede producirse durante la administración de cualquier tipo de anestecia local, pero es más común en el curso de la troncular, la inyección del líquido anestésico en un vaso sanguíneo hace más importante la gravedad del cuadro.

Tratamiento de Lipotimia.- Podemos considerar dos tipos de tratamiento: el que llamaremos preventivo y el del accidente.

El tratamiento preventivo se encuadra en éste concepto: debemos pensar que con cualquier paciente que pueda originarse la lipotimia o el síncope, debiendo tomar en cada caso -

las medidas de precaución necesaria para evitar el accidente:--
sentar comodamente al paciente aflojando sus prendas, para fa-
vorecerle la circulación: comprobar que la aguja no ha entrado
en un vaso; inyectar lentamente (sobre todo en la tronculares)
Siquiendo estas normas se evitaran muchos disgustos. Por lo -
general no conocemos el estado del aparato circulatorio de ---
nuestro paciente.

El tratamiento del accidente depende de su tipo: lipo
timias fugaces desaparecen recostando al paciente con su cabe-
za más baja que su cuerpo, en la posición de Trendolen-burg, y
haciendole aspirar sales aromáticas.

3.- Roturas de la aguja de inyección.- Accidente ra
ro en nuestra práctica.

Tratamiento del accidente.- Cuando el tratamiento es
de inmediato, la extracción de la aguja rota durante la aneste-
sia local se reduce a una incisión a nivel del lugar de la in-
yección y disección de los tejidos con un instrumento romo, --
hasta encontrar el trozo fracturado y extracción de la aguja -
con una pinza de disección.

4.- Hematomas.- La función de un vaso sanguíneo ori-
gina un derrame de intensidad variable, sobre la región inyec-
tada. Esta complicación no es muy frecuente, porque los vasos

se desplazan y no son puncionados. Este accidente es común - en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitarios o - mencionano, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo, el derrame sanguíneo es instantaneo, y tarda varios días para su resolución como los hemotomas quirúrgicos, como estos - el accidente no tiene consecuencias, a no ser la infección del hematoma.

El tratamiento consiste en la aplicación de bolsas de hielo sobre el lugar de la inyección.

5.- Parálisis Facial.- En la anestesia que vemos a practicar en nuestra extacción del canino es muy común, más -- bién este se relaciona con la anestesia troncular del dentario inferior.

6.- Isquemia de la Piel de la Cara.- En algunas - - ocasiones, a raíz de cualquier anestesia se nota sobre la piel de la cara del paciente zonas de intensa palidez, devidas a -- las isquemias sobre ésta región. Está originada por la pene-- tración y transporte de la solución anestésica con adrenalina, en la luz de una vena, la adrenalina ocasiona la vasoconstruc-- ción. No requiere ningún tratamiento.

7.- Inyección de la Solución Anestésico en Organos - Vecinos.- Es un accidente no muy común, el líquido puede inyectarse en las fosas nasales, durante la anestesia del nervio maxilar superior; no origina inconvenientes. La inyección en la órbita, durante la anestesia de los nervios dentarios anteriores o maxilares superiores puede causar diplopia, exoforia o isoforias, que dura lo que el efecto anestésico dura. No requiere ningún tratamiento. La inyección a través del agujero-oval en la cavidad craneana en la anestesia del trigémino es un accidente serio y raro.

MEDIATOS

1. Infección en el lugar de la punción.

Las inyecciones en la mucosa bucal puede acompañarse de procesos infecciosos a su nivel; la falta de esterilización de la aguja o del sitio de punción son los culpables. En algunas ocasiones en punciones múltiples, se originan zonas dolorosas o inflamadas, tratamiento: con calor, penicilina, y abertura quirúrgica de los abscesos.

2.- Dolor.

Puede persistir el dolor en el lugar de la punción -- la lesión de los troncos nerviosos, por la punta de la aguja -

origina también neuritis persistente.

Tratamiento.- Infrarrojos y vitamina B.

B.- ACCIDENTES EN LA EXTRACCION (éstos pueden ser).

- 1). Inmediatos.
- 2). Consecutivos.

Inmediatos

- a) Fractura de agujas o instrumental
- b) Lesión de dientes vecinos.
- c) Lesión del seno.
- d) Lesiones en tejido blando, desgarre de la mucosa, labios etc.

Consecutivos

a) Hemorragias.- Esto puede ocurrir en el momento - de la extracción o después de ella, provocada por la mala manipulación de los instrumentos o con lesión de algún vaso sanguíneo.

b) Penetración de piezas.- Cualquier cuerpo extraño que pasa a la laringe y no sea expulsado caera en el aparato respiratorio o en el tubo digestivo los cuerpos pueden alojarse en la laringe y producir una obstrucción respiratoria aguda, que se manifiesta por cianosis, disnea, síncope.

Si esto ocurre se debe de tomar la lengua del paciente y tirarla hacia adelante despejando a continuación la faringe por medio de los dedos, de instrumentos o de una aspiración si con esto no se logra aliviar la obstrucción se debe crear sin demorar una vía aérea, superada ésta emergencia el paciente debe ser tratado por un especialista.

c) Accidentes del sistema nervioso (son principalmente Neuralgias). Tratamiento de urgencia de los accidentes respiratorios y cardíacos, frente a un accidente se debe proceder con rapidez y tranquilidad, siguiendo paso a paso las siguientes indicaciones.

1) Actuar en el mismo lugar del accidente, sólo movilizar el paciente para colocarlo en el suelo y bocarriba.

2) Abrir el canal respiratorio esto se consigue llevando la cabeza acia tras con este movimiento, la lengua se -- eleva lo cuál permite que el aire entre sin ninguna dificultad

muchas personas, al efectuarseles esta maniobra comienzan a respirar por sí solas.

3) Restaurar la respiración. (en caso de que el accidentado no respire) esto se puede comprobar observando el to ra x los movimientos de entrada y salida del aire.

Cuando la paciente no es capaz de respirar por sí sola, comiense a llenar de aire sus pulmones mediante la respira ción de boca a boca.

a) Coloque al accidentado en el suelo y bocarriba

b) Lleven la cabeza hacia atras de manera que el maxilar inferior quede ubicado arriba.

c) Abra la boca del paciente y tápele la nariz con su mejilla o con sus dedos.

d) Respirar profundamente y cubra la boca del pacien te con su boca.

e) Sople con fuerza en el adulto y suavemente en el niño.

f) Observe el pecho: cuando este se eleve retire la boca y el aire saldrá espontaneamente.

4) Restaurar la circulación (en el caso de que el corazón este detenido). Para comprobar el paro cardíaco debe apollarse el oído al nivel de la tetilla izquierda donde se escuchan los latidos cardíacos y agrandamiento de su pupila, se debe comenzar inmediatamente con la maniobra que se domina.

a) Coloque el paciente bocarriba.

b) Arrodillece junto al cuerpo.

c) Apoye el talón a una de sus manos sobre la parte inferior del esternon.

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

e) Con todo el peso de su cuerpo comprima el tórax del paciente 50 a 60 por minuto deprimiendo el tórax 4 ó 5 cm.

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

Si son dos las personas, mientras una practica la respiración artificial boca a boca, la otra realiza la compresión

cardíaca externa, con el siguiente ritmo; por cada respiración hacer 5 compresiones cardíacas.

Si es una sólo persona que debe realizar la reanimación, debe ajustarse al siguiente plan: haga respirar al paciente tres veces y comprima el tórax 15 veces, continuar con las maniobras de reanimación hasta que se restituyan las funciones vitales.

CONCLUSIONES

La mejor manera de tratar una emergencia es impedir - que se produzca, la mayoría de las emergencias enumeradas son - previsibles.

La adopción de principios quirúrgicos bien establecidos, la elección de una vía de acceso adecuado, el cuidado con que se manipulen los tejidos, el uso controlado de las fuerzas, y sobre todo la concentración en el problema raducirá al mínimo los riesgos quirúrgicos.

A pesar de estos cuidados pueden producirse complicaciones incluso en manos del más experto de los profesionistas, por lo tanto todo dentista debe tener conocimientos y avilidad suficiente como para enfrentar con éxito las emergencias que - pudieran presentarse.

BIBLIOGRAFIA

Guillermo A Ries Centeno

Cirugía Bucal, Septima Edición, Editorial Elateneo Buenos Aires
Argentina 1978.

Toma Kurt H

Patología Bucal, segunda edición

E.T.F.H.A.

México, 1969.

Walter C. Guralmick D.M.D.

Tratado de Cirugía Oral.

Salvat Editoriales, S.A.

Barcelona, España, 1971.

Alvin L. Morris

Harry M. Bobannan

Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General.

Editorial Labor, S.A.

Barcelona, 1974.

Manual de Anestesia Ilustrado de Odontología

Astra.

W. Harry Archer

Cirugía Bucal. Tomo I Segunda Edición.

Editorial Mundi S.A.C.I.F.

Buenos Aires Argentina 1979

Kruger Gustav. O.

Tratado de Cirugía Bucal Cuarta Edición.

Editorial Interamericana

Buenos Aires Argentina 1978