



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

CIRUGIA EN CANINOS INFERIORES RETENIDOS

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Francisco Delgadillo Sánchez

México, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	1
GENERALIDADES ANATOMICAS, MIOLOGICAS E IRRIGACION DEL MAXILAR INFERIOR	2
ETIOLOGIA.	12
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	19
CLASIFICACION DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS	21
ESTUDIO DEL PACIENTE.....	22
A) HISTORIA CLINICA	
B) ESTUDIOS DE LABORATORIO	
C) ESTUDIO RADIOGRAFICO	
INSTRUMENTAL QUIRURGICO	34
ANESTESIA	37
TECNICAS DE ANESTESIA	39
TIEMPOS QUIRURGICOS	43
TECNICA OPERATORIA	47
CUIDADOS POSOPERATORIOS	52
CONCLUSIONES	54
BIBLIOGRAFIA	55

INTRODUCCION

Para todo Cirujano Dentista, los dientes retenidos - representan un interés clínico desde su germinación hasta - que erupcionan o se extraen.

Las complicaciones trans-operatorias y postoperato-- rias, como dificultades de la extracción, aumentan considerablemente en relación a la edad del paciente, es decir a ma-- yor edad del paciente mayores son las dificultades y compli-- caciones.

El término retención implica que el diente no puede-- hacer erupción, quedando bloqueado en su erupción normal y - de esta manera reteniéndose dentro de los maxilares.

Ya sea debido a otro diente o por hueso que impida - la erupción de éste o también, que por el mismo diente que - durante el curso de desarrollo ha tomado una posición poco - común y adopte una postura anormal dentro del borde alveolan

GENERALIDADES ANATOMICAS, MIOLOGICAS E INERFICACION DEL MAXILAR INFERIOR.

Maxilar Inferior.

Forma El solo la mandíbula inferior, y se puede con-
siderar dividido en un cuerpo y 2 ramas.

Cuerpo.

Tiene forma de herradura, cuya concavidad se haya -
vuelta hacia atrás, se distinguen en el 2 caras y 2 bordes.

Cara Anterior.

Se observa en la línea media una soldadura conocida-
con el nombre de sínfisis mentoniana, la parte inferior más
sobre saliente llamada eminencia mentoniana hacia afuera y -
atrás de la cresta se encuentra un orificio llamado agujero-
mentoniano, por donde sale el nervio y los vasos mentonianos.
Más atrás se observa una línea sobre saliente dirigida abajo
y adelante, que parte del borde anterior de la rama vertical.
Va a terminar en el borde inferior del hueso: llamada línea-
oblicua externa del maxilar sobre ella se insertan los múscu-
los; triangular de los labios, cutáneo del cuello y el cua--
drado de la barba.

CARA POSTERIOR.

Cara posterior.

Se presenta cerca de la línea media cuatro tubérculos, llamados apofisis geni, de las cuales las dos superiores sirven de inserción a los músculos genioglosos y las dos inferiores se insertan los genihioideos. Partiendo del borde anterior de la rama vertical, se encuentra la línea oblíqua interna o milohioidea, que se dirige hacia abajo y hacia adelante, terminando en el borde de esta cara; sirve de inserción al músculo milohioideo, por fuera de las apofisis geni por encima de la línea oblíqua se observa la foseta sublingual que aloja la glándula del mismo nombre, por afuera - debajo de dicha línea y en la proximidad del borde inferior se encuentra la foseta submaxilar que da alojamiento a la glándula submaxilar.

Bordes.

El borde interior es romo y redondeado tiene 2 fosetas digástricas situadas una a cada lado de la línea media - en ellas se inserta el músculo digástrico.

El borde superior o alveolar presenta cavidades o all

veolar presenta cavidades o alveolos dentarios.

Ramas.

Son dos derecha e izquierda son aplanadas transversal^lmente y de forma cuadrangular, su eje mayor está dirigido - oblicuamente hacia arriba y hacia atrás y por consiguiente - presenta 2 caras y 4 bordes.

Cara externa.- Su parte inferior es más rugosa que - la superior, ya que en la primera se inserta el músculo mase^ltero.

Cara interna.- En la parte media de esta cara, ha--cia la mitad de la línea diagonal que va del cóndilo hasta--el comienzo del borde alveolar, se encuentra un agujero am--plio, llamado orificio superior del conducto dentario; por - el cual se introduce el nervio y los vasos dentarios inferio^lres.

Una saliente triangular llamada espina de Spix, so--bre el cual se inserta el ligamento esfenomaxilar, formando--el canal milohioideo, donde se aloja el nervio, los vasos - milohioideos. En la parte inferior y posterior de la cara - interna presenta una serie de rugosidades bien marcadas que--

sirven de inserción al músculo pterigoideo interno.

Bordes.

El borde anterior está dirigido oblicuamente hacia - abajo y adelante, este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulocigomática.

El borde posterior, liso y obtuso, recibe el nombre de borde parotídeo por sus relaciones con la glándula parotída.

Borde Superior.- Posee una escotadura amplia llamada escotadura sigmoidea, situada entre 2 gruesas salientes; una que es la apofisis coronoides por delante y el cóndilo por - detrás.

Borde Inferior.- El borde interior de la rama ascendente se continúa insensiblemente con el borde inferior del cuerpo por detrás, al unirse con el borde posterior forma el ángulo del maxilar inferior.

MIOLOMA.

Músculos masticadores.

Estos intervienen en los movimientos de elevación y de lateralidad del maxilar inferior.

Temporal.

Ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoideas del maxilar inferior.

Maxilar inferior.

Inserción.- El temporal se fija por arriba en la curva temporal inferior, en la fosa temporal, en la cara profunda de la aponeurosis temporal en la cara profunda de la aponeurosis temporal.

Acción.- Consiste en elevar el maxilar inferior y dirigirlo hacia atrás.

Massetero.

Este músculo se extiende desde la apófisis cigomáti-

ca, hasta la cara externa del ángulo del maxilar inferior.

Inserción.- El has superficial se inserta sobre los-
2 tercios anteriores del borde interior del arco cigomático-
inferior, en el ángulo del maxilar inferior sobre la cara ex-
terna de este.

Acción.

Eleva el maxilar inferior.

Pterigoideo Interno.

Este músculo comienza en la apófisis pterigoidea y -
termina en la porción interna del ángulo del maxilar infe- -
rior.

Inserción.- Superiormente se inserta sobre la cara -
interna del ala externa de la apófisis pterigoidea, en la -
parte de la cara externa de la apófisis pterigoidea, en la -
parte de la cara externa del ala interna, y por medio del -
fascículo bastante fuerte llamado fascículo palatino.

Acción.

Elevar el maxilar inferior.

Pterigoideo Externo.

Este músculo se extiende desde la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo del maxilar inferior.

Inserción.- Se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides, la cual constituye la bóveda de la fosa cigomática, así como la cresta esfenotemporal. El haz inferior se fija sobre la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides.

Acción.

Movimientos de elevación y proyección hacia adelante del maxilar inferior.

Irrigación del maxilar inferior.

Nervio trigémino.

Es un nervio mixto que transmite la sensibilidad de la cara, órbita y fosas nasales y lleva las excitaciones mo-

toras a los músculos masticadores.

Origen Real.

Las fibras sensitivas tienen su origen en el ganglio de gasser de donde parten lo que constituyen la raíz sensitiva, las cuales penetran en el neuroeje por la cara entero inferior de la protuberancia anular.

Del ganglio de gasser se desprenden las tres grandes ramas de este nervio:

- 1.- El nervio Oftálmico
- 2.- El nervio Maxilar Superior.
- 3.- El nervio Maxilar Inferior.

Este es un nervio mixto con predominancia sensitiva, sale del cráneo a través del agujero oval y llega a la fosa-intratemporal donde sus primeras ramas motoras son para los-músculos masticadores y una rama sensitiva, el nervio buccal-sigue su trayecto hacia abajo por la cara externa del músculo buccinador la cual atravieza con numerosas ramas que van-a inervar la encía comprendida entre el segundo molar y segundo premolar. Luego el nervio maxilar inferior se divide-en las siguientes ramas sensitivas:

Irrigación del maxilar inferior.

Nervio trigémino.

Es un nervio mixto que trasmite la sensibilidad de la cara, órbita y fosas nasales y lleva las incitaciones motoras a los músculos masticadores.

Origen Real.

Las fibras sensitivas tienen su origen en el ganglio de gasser de donde parten lo que constituyen la rafa sensitiva, las cuales penetran en el neuroojo por la cara antero inferior de la protuberancia anular.

Del ganglio de gasser se desprenden las tres grandes ramas de este nervio:

- 1.- El nervio Oftálmico.
- 2.- El nervio Maxilar Superior.
- 3.- El nervio Maxilar Inferior.

Este es un nervio mixto con predominancia sensitiva, sale del cráneo a través del agujero oval y llega a la fosa-infratemporal donde sus primeras ramas motoras son para los

músculos masticadores y una rama sensitiva, el nervio bucal sigue su trayecto hacia abajo por la cara externa del músculo buccinador la cual atraviesa con numerosas ramas que van a inervar la encía comprendida entre el segundo molar y segundo premolar. Luego el nervio maxilar inferior se divide en las siguientes ramas sensitivas.

- 1.- Nervio aurículo temporal
- 2.- Nervio lingual
- 3.- Nervio alveolar inferior.

1.- Nervio aurículo temporal.

Está localizado por dentro del cuello del cóndilo del maxilar inferior y luego se dirige inmediatamente hacia arriba para seguir por delante del conducto auditivo externo e inerva la piel de la sien, conducto auditivo externo y parte de la concha.

2.- Nervio lingual.

Este se dirige hacia abajo entre la rama del maxilar inferior y el músculo pterigoideo interno, para luego, después de doblarse en un arco convexo hacia abajo y atrás penetra en la lengua desde abajo e inerva su porción corporal.

3.- Nervio alveolar inferior.

Se encuentra pegado detrás del nervio lingual y luego se introduce en el orificio del conducto dentario inferior, para seguir en el conducto del mismo nombre y dar ramas a las dentaduras y encía del maxilar inferior. Una rama colateral, del nervio mentoniano sale a través del agujero mentoniano para inervar la piel del lado inferior y del mentón.

ETIOLOGIA.

El problema de la retención dentaria es ante todo de índole mecánica. El diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la arcada dentaria, como su congeneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización del trabajo normal, que le está encomendado. La erupción dentaria se encuentra, en consecuencia, impedida mecánicamente por ese obstáculo.

Razones Embriológicas:

La ubicación especial de un germen dentario es un sitio muy alejado su erupción normal: por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado; este contacto constituye una verdadera fijación del diente en erupción en posición viciosa, sus raíces constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

Obstáculos Mecánicos:

Que pueden interponerse a la erupción normal.

A) Falta de espacio.

Se pueden considerar varias posibilidades.

- B) Hueso con una condensación, tal que no puede ser vecino en el trabajo de erupción (enostosis, osteitis condensante, osteoesclerosis)
- C) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser un órgano dentario; dientes vecinos, que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas - constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente.
- D) Elementos patológicos pueden oponerse a la erupción nor-

mal; dientes supernumerarios, tumores odontogénicos, -
constituyen un impedimento mecánico.

Causas Generales:

Todas las enfermedades generales en directa rela- -
ción, con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastor-
nos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dien-
tes. Las enfermedades ligadas al metabolismo de calcio (Ra-
quitismo y la enfermedades que les son propias tienen tam- -
bién influencia sobre la retención dentaria.

* Causas de retención.

La explicación de la incidencia de dientes retenidos
que parece más lógica es la reducción evolutiva gradual del
tamaño de los maxilares humanos. Esto da por resultado maxi-
lares demasiado pequeños para acomodar los terceros mola- -
res. En apoyo a esta teoría observamos la ausencia congéni-
ta de los terceros molares superiores e inferiores o la pré-
sencia de los terceros molares suprimentarios en su lugar.

Causas locales de retención.

Berger da las siguientes causas locales de retención:

irregularidad en la posición y predisposición de un diente-adyacente; la densidad del hueso que lo cubre; inflamaciones crónicas continuadas con su resultante; una membrana mucosa-muy densa; falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, indebida retención de los dientes primarios pérdida prematura de la dentición primaria; enfermedades adquiridas tales como necrosis debida a infección o abscesos, cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantemáticas en los niños.

Causas sistémicas de retención.

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

I) Causas Prenatales:

- a) Herencia
- b) Mezcla de razas

II) Causas Postnatales: todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño tales como:

- a) Raquitismo
- b) Anemia

- c) Sífilis Congénita
- d) Tuberculosis
- e) Disendocrinas
- f) Desnutrición

III) Condiciones Raras:

- a) Disostosis cleidocraneal
- b) Oxicefalia
- c) Pregeria
- d) Acndroplasia
- e) Paladar fisurado.

a) Disostosis cleidocraneal:

Es una condición congénita muy rara, en el cual hay osificación defectuosa de los huesos craneales ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, - dientes supernumerarios rudimentarios.

b) Oxicefalia:

Es la llamada cabeza cónica en el cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

c) Progeria:

Representan envejecimiento prematuro, en una forma de infantilismo caracterizada por una pequeña ausencia del vello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial, actitudes y maneras del anciano.

d) Acondroplasia:

Es una enfermedad del esqueleto, que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo, en estas condiciones el cartílago no se desarrolla normalmente.

e) Paladar fisurado:

Es una deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media.

Las mismas causas locales o generales pueden ser el factor etiológico de dientes en mal posición o no erupcionados.

El autor ha observado que los dientes retenidos ~~se~~ presentan en el siguiente orden de frecuencia:

- Terceros Molares Superiores
- Terceros Molares Inferiores
- Caninos Superiores
- Premolares Inferiores
- Caninos Inferiores
- Premolares Superiores
- Incisivos Centrales Superiores
- Incisivos Laterales Superiores.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Está indicada la extracción dentaria por índole mecánica, el diente que está destinado a hacer su erupción normal y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que le impide la realización del trabajo normal y pueden ser falta de espacio, hueso con una condensación, órgano dentario o algún elemento patológico.

Otro síntoma es el dolor que puede ser ligero y localizado en la región inmediata al diente retenido, puede ser grave y aún agudo incluyendo todos los dientes superiores e inferiores e inferiores en el lado afectado.

CONTRAINDICACIONES.

Antes de hacer una extracción es indispensable hacer un reconocimiento físico del paciente, siendo esto necesario, cuando se va a extraer un diente infectado y con mayor razón cuando se trata de la extracción de dientes retenidos cuyo tratamiento es quirúrgico, de esta manera se pueden prevenir complicaciones graves y hasta mortales durante el transoperatorio y post-operatorio, por lo que es recomendable, que los pacientes que padecen alteraciones patológicas sean re-

mitidos con su médico general para ser tratados adecuadamente.

CLASIFICACION DE CANINOS INTERIORES
PITENIDROS.

Clase I: Maxilar dentado. Retención unilateral. Die
nte ubicado en el lado lingual en posición vertical y posición
horizontal.

Clase II: Maxilar dentado. Retención unilateral. Die
nte ubicado en el lado bucal en posición vertical y posición -
vertical.

Clase III: Maxilar dentado. Retención bilateral. --
Dientes ubicados en el lado lingual posición vertical y posi-
ción horizontal.

Dientes ubicados en el lado bucal posición vertical y posi-
ción horizontal.

Clase IV: Maxilar desdentado. Retención unilateral-
posición horizontal y posición vertical.

Clase V: Maxilar desdentado. Retención bilateral -
posición horizontal y posición vertical.

ESTUDIO DEL PACIENTE.

El número de operaciones locales que se realizan en los hospitales, en pacientes admitidos únicamente para éste propósito, aumenta con rapidez. Se reconoce ya que la cirugía extensa de la cavidad bucal, como es necesario las extracciones múltiples, con la subsecuente alveolotomía; la extirpación quirúrgica de quistes, tumores y dientes retenidos; la reducción abierta o cerrada de fracturas de los huesos faciales, la corrección y mal formación de los maxilares, etc., es una cirugía mayor como cualquier otra operación de cabeza, cuello, nariz y garganta. Esto es particularmente cierto cuando tales operaciones se realizan con anestesia general. La cirugía bucal prolongada con anestesia general debe realizarse en un hospital donde el paciente puede recibir un reanestésico correcto y tratamiento adecuado, preoperatorio y posoperatorio, así como medidas adecuadas para evitar complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente.

Con el aumento de número de pacientes de edad avanzada y el índice de supervivencia, se ven más casos de enfermos encasillados bajo el rótulo de gran riesgo quirúrgico, sobre en adición a la edad se suman otros impedimentos físicos. A un anciano diabético con arterioesclerosis y afección coronaria bajo tratamiento anticoagulante es conveniente hos

pitalizarlo, aun para casos de cirugía menor como la extracción de uno o dos dientes con anestesia local, mientras que para una persona joven de buena salud se puede realizar la misma intervención en el consultorio. La evaluación de la resistencia que presenta un paciente para determinada operación (edad, estado físico y psíquico) la severidad y duración de la intervención misma, deben ser factores decisivos para la determinación del momento oportuno para llevarla a cabo.

Conceptos generales.

El paciente odontológico recibe, por lo tanto, atención doble médica y dental, cada una de ellas con su responsabilidad bien determinada.

Las admisiones las hace directamente el odontólogo. En esos casos, la responsabilidad del enfermo (moral y legal) depende exclusivamente del cirujano bucal o del dentista. Sin embargo aún cuando se haya efectuado varias consultas con diferentes especialistas, el dentista debe reconocerse como responsable del paciente, si en nombre es el que figura en la historia clínica.

El propósito de hacer la historia del paciente a quien se va a operar es descubrir por examen sistemático de-

sus antecedentes. Cualquier contraindicación de la cirugía, anestesia o drogas.

La historia no debe hacerse casualmente, sino debe seguir un plan, a fin de buscar toda la información posible del paciente y llegar sobre la base de esta, a conclusiones acerca de la presencia o ausencia de patología ignorada por el paciente. Así algún paciente dirá que "no" cuando se le pregunte si tiene diabetes, pero los síntomas de dicha afección, poliuria, polidipsia, pérdida de peso, infecciones varias, etc., harán sospechar tal eventualidad, que después se confirmará con las pruebas de laboratorio.

Hay que aclarar que el hacer la historia clínica no debe confundirse con el examen físico del paciente.

La Historia Clínica se divide en siete partes:

1) Síntomas principales; 2) Historia general; 3) Historia Médica anterior; 4) Revisión general; 5) Historia familiar; 6) Hábitos; 7) Resumen e impresión.

Es preciso evitar el uso de terminología de diagnóstico excepto en la historia general o historia médica anterior.

1) Síntomas principales.

Breve descripción de los síntomas principales de la enfermedad con palabras del mismo paciente, por ejemplo: "tengo dolores en la mandíbula al comer y no puede abrir los maxilares por las mañanas, porque están tan duros"

2) Historia de la enfermedad actual.

Empezar con los síntomas más cercanos que el paciente pueda relatar. Póngase los síntomas en orden cronológico. Indíquese la fecha del ataque, no el día de la semana. Forma de ese si es gradual o repentino.

3) Historia médica anterior.

Toda información relativa a enfermedades anteriores y tratamiento médico y dental debe ser excluida aquí. Se divide en 4 secciones.

a) Médica. La primera pregunta al paciente ha de -- ser: ¿Ha tenido usted alguna enfermedad grave anteriormente? Si la respuesta es negativa, recórrase la lista abajo expuesta. Si es positiva, informa sobre la afección referida, con la fecha, y después recurra a la lista de abajo para verifi-

car si el paciente olvidó alguna infección.

Enfermedades renales	Amigdalitis
Enfermedades Sanguíneas	Escarlatina
Sarampión	Filiteria
Paratiditis	Influenza
Diabetes	Pleurisia
Tos ferina	Neumonía
Varicela	Tuberculosis

Enfermedades cardiovasculares (si el paciente está o no con tratamiento anticoagulante o con medicación antihiper tensiva).

Enfermedades Hepáticas (a menudo son "hemorrágicos" Alergias (especialmente a la penicilina y narcóticos). También es necesario conocer la sensibilidad a barbitúricos aspirina, tela adhesiva, Yodo, mercurio etc., en otras palabras a cualquier elemento que tome contacto con el paciente y pueda traer sensibilidad.

Tendencia Hemorrágica.

Cualquier paciente que haya recibido tratamiento esteroide durante el año anterior de la operación (hay que in-

terrogarlo minuciosamente, ya que muchos ignoran la naturaleza del medicamento).

b) Operaciones previas y anestésicos, regístrese - cualquier reacción contraria.

c) Lesiones que necesitan tratamiento médico o de - cualquier complicación.

d) Operaciones bucales efectuadas. Regístrese cualquier reacción a los anestésicos, tendencia hemorrágica, alveolitis, etc.

4) Revisión sistémica.

Se pregunta al paciente acerca de cada sistema, como se indica a fin de descubrir cualquier condición patológica desconocida para el paciente.

General: Transpiración nocturna, fiebre, temblores, cambios de peso y nutrición.

Fiebre: Erupciones, cirosis, ictericia

Cabeza: Vértigo, síncope, traumatismo.

Ojos: Diplopía, fotofobia, lagrimeo.

- Oídos: Sordera, supuración, tinnitus, vértigo.
- Naríz: Epistaxis, resacas, obstrucciones, sinusitis
- Garganta: Dolor, ronquera, disfonía.
- Respiratorio: Hemoptisis, disnea, dolores de pecho, Espasmos, asma, ortopnea.
- Cardiovascular: Dolor, palpitaciones, taquicardia, vértigo, edema, desmayo.
- Musculoesquelético: Debilidad, dolor articular, parosteas, varicosidades.
- Gastrointestinal: Apetito, dolor, náuseas, vómitos, eructos, flatulencia, constipación, disnea, evacuación mucosa o sanguínea, hernia, hemorroides, mele
na.
- Genitourinaria: úlceras, frecuencia, quemaduras, incontinencia, poluria nocturna, hematuria, reducción del agua.
- Reproducción Femenina: períodos (frecuencia, tipo, duración), abortos.
- Nervios: Cefaleas, convulsiones, parálisis, emociones, personalidad.

5) Historia Familiar.

Esta se hace a fin de descubrir cualquier predisposición en la familia hacia las enfermedades hereditarias o en las que la herencia desempeña papel importante, como alergias o diabetes. Regístrese la información relativa a los padres, esposos, niños, si están vivos y bien (abréviese v o m)., o, si están muertos, el año la edad y la causa.

6) Hábitos sociales.

Hay que determinar las ocupaciones, hábitos, consumo de droga, alcohol, café, hábitos de sueño, etc. Insístase ante el paciente acerca de lo ingerido en determinado período de tiempo; no se acepten generalidades como la de "un trago ocasional". Cuando la aclaración es acerca de drogas, una pregunta como "Está tomando o ha tomado recientemente alguna medicina o droga" aportará la información pertinente. Otra pregunta eficaz es: "¿ha estado a ver al médico o ha hido recientemente por algo".

* 7) Sumario e Impresiones.

En este punto, el examinador debe tener una buena idea de los antecedentes médicos del paciente, y a partir de

esa información deducir ciertas conclusiones, respaldadas - por el examen físico y de laboratorio para determinar nuestro diagnóstico.

Examen Bucal.

El examen bucal debe incluir lo siguiente:

1.- Dientes.

Registro en diagramas, cuáles dientes hay en la boca las caries, movilidad, periodontoclasis u otros signos patológicos. Si se han tomado radiografías, etc. La oclusión debe controlarse para ver si hay alguna anormalidad. En las radiografías hay que observar los dientes retenidos, quistes, tumores, abscesos, etc.

2.- Mucosa y encía.

Hay que anotar la presencia de los cambios inflamatorios, malformaciones y aumento de tamaño.

3.- Paladar, faringe, labios, mejillas, piso de la boca, tejidos sublinguales.

Se registrarán cambios de color, inflamación aumento

de tamaño, etc. No hay que dudar de palpar estos tejidos - con ambas manos.

4.- Lengua.

Cualquier cambio de tamaño, calor papilar, forma se-
anotará. Tómese la punta de la lengua con la toalla, sáque-
sela bien afuera de la boca para examinarla de los costados,
la base en busca de ulceraciones o formaciones tumorales.

5.- Aliento e higiene bucal.

6.- Nódulos linfáticos.

Palpación manual y bilateral de los nódulos cervi-
cales.

7.- Articulación Temporomandibular.

Se palpan ambas articulaciones para obtener signos -
de subluxación, dolor, ruidos, etc. Se notarán también las-
desviaciones cuando abra la boca.

8.- Cara.

Cualquier anormalidad de la forma o contorno de la cara (sobre todo después de un traumatismo) serán puestos en evidencia. Hay que detectar el tamaño y la altura de las pu pilas, defectos palpables y paratías.

Después del examen bucal se determinará el diag nóstico.

Estudios de laboratorio.

Los estudios de laboratorio que se solicitan habitualmente tiene dos fines. Con su interpretación, el dentis ta puede ayudarse para llegar al diagnóstico clínico correcto y ser capaz de resolver situaciones delicadas que pueden hacer dificultosa la operación.

La serie completa de radiografías dentales, puede complementarse con otras orbitales y de mandíbula, estas radió grafías ayudan a relacionar el problema dental con las demás estructuras importantes de cabeza y cuello.

El examen de sangre y orina se pide de rutina a todos los pacientes que se internan para un tratamiento quirúr gico.

Estudio Radiográfico.

Es un método de diagnóstico importante para el planteamiento de nuestra intervención quirúrgica.

Este nos exige fidelidad en nuestras imágenes para evitar datos falsos y un fracaso en la intervención.

Por lo tanto se tomarán radiografías locales y oclusales, con el rayo central dirigido paralelamente al eje de los dientes vecinos, esto es importante para conocer con toda precisión la posición bucal o lingual que puede tener el diente retenido.

Las radiografías oclusales nos proporcionan la distancia y cantidad de hueso que existe entre la cara bucal y lingual, las diversas posiciones del canino retenido y si es que existe alguna patología.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

La cirugía bucal necesita un instrumental, también - especializado, estos instrumentos pueden seleccionarse en las casas del ramo.

Instrumentos para la sección de tejidos blandos.

Bisturí.

Este instrumento consta de un mango y de una hoja; - que puede tener distintas formas y tamaños.

Tijeras.

Instrumentos de sección de tejidos, se les emplea para seccionar lengüetas y festones gingivales y trozos de encía.

Legras, periostótomos, espátulas romas.

Este se utiliza en el desprendimiento y separación - de la fibromucosa primariamente incidida por el bisturí.

Separadores.

Este es necesario para mantener apartados los labios con el propósito de no herirlos.

Instrumentos para sección de los tejidos duros.

Escoplos y martillo.

Este se usa para resecar el hueso que cubre el objeto de la intervención.

Pinzas gubias.

Para realizar la resección del hueso.

Fresas.

La fresa puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos.

Limas para hueso.

Este nos sirve para la preparación de alisar bordes y eliminar puntas óseas.

Pinzas para tomar algodón.

Para limpiar el campo operatorio.

Agujas para sutura.

Agujas sencillas, curvas rectas, de pequeñas dimensiones, para sostener los fines y delicados tejidos gingivales.

ANESTESIA .

Esta es de vital importancia para el éxito de nuestra intervención quirúrgica, se han observado fracasos múltiples por anestésicos insuficientes que no permiten realizar todos los tiempos operatorios.

Los anestésicos locales son medicamentos que bloquean la conducción nerviosa en forma reversible, cuando se aplican localmente a las fibras nerviosas en concentración adecuada. Obviamente la reversibilidad es una característica importante de cualquier anestésico local útil.

De los anestésicos más usuales para este tipo de intervenciones tenemos los anestésicos locales que a continuación describiremos.

Novocaina

Xilocaine

Artlocaine

Novocaina.

Anestésico vasodilatador local sintético, probablemente es el más potente y el menos tóxico.

Tiene un rápido inicio de acción, pero de duración corta, lo cual combinado con su baja potencia, lo han hecho menos popular.

Se aplica en solución al 2 por ciento de clorhidrato de cocaína.

Xilocaine.

Anestésico local de uso más frecuente tiene un inicio bastante rápido y una duración de acción relativamente prolongada así como una potencia 2 ó 3 veces mayor que la procaina.

Se aplica en solución al 2 por ciento.

Carbocaine.

Tiene propiedades muy semejantes a las de la xilocaine pero se dice que su inicio es más rápido y su acción más prolongada. Se aplica en una solución al 2 por ciento con vasoconstrictor o en solución a 3 por ciento sin este.

TECNICAS DE ANESTESIA.

El bloqueo del nervio dentario inferior se considera el mas importante, porque no existe otro método seguro que pueda proporcionar una anestesia total para los dientes posteriores inferiores. La región anestesiada comprende una de las mitades del maxilar inferior, una parte de la encía bucal, piel, mucosa del labio inferior y barbilla.

La anestesia de la encía lingual y la de la mucosa, así como la encía bucal, adyacente del segundo premolar y primer molar inferior, suele realizarse por medio de los bloques bucal y lingual.

Técnica.

Con el dedo índice izquierdo, se localiza la línea oblicua o el borde interno de la rama del maxilar inferior. Se realiza la punción dentro de ese punto a un centímetro, la jeringa se mantiene paralela al cuerpo de la mandíbula, la punta de la aguja se introduce lentamente dos centímetros pegada a la rama de la de la cara interna del maxilar, en ese momento se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, manteniéndola siempre en plano horizontal, si el paciente mantiene la boca abierta, se realizará con mayor --

seguridad el bloqueo, si es necesario también bloquearemos el nervio lingual, este se realiza insertando la aguja en posición final ya descrita y dirigiéndola hacia la rama.

Bloqueo de los nervios mentoniano, e incisivo.

Este bloqueo anestesia las estructuras inervadas por las ramas terminales del nervio dental inferior, cuando se dividen para formar los nervios incisivos y mentoniano a nivel del conducto mentoniano.

El nervio mentoniano inerva el labio y los tejidos blandos, desde el primer molar permanente hasta la línea media. El nervio incisivo inerva la estructura ósea y pulpa de los molares, caninos e incisivos.

Técnica.

El aplicador se sostiene apuntando hacia abajo, delante y adentro.

Se adelanta la jeringa en la misma dirección, un poco por encima del aplicador, al retirarse ésta se percibe una ligera depresión en la mucosa, en la cual se inserta la aguja, depositándose una o dos gotas de anestésico, se diri

ge suavemente la aguja hacia el agujero, inyectándose unas -
cuantas gotas y después de 2 ó 3 segundos se desliza la pun-
ta de la aguja al interior del conducto donde se deposita de
0.5 ml., como resultado se logra la anestesia de todos los -
dientes situados por delante de los molares así como de las -
estructuras faciales blandas.

Bloqueo de la fosa incisiva.

La eficacia de esta inyección se debe a la presencia
de los canalículos nutricios situados en el hueso cortical -
del fondo de la fosa incisiva.

Depositando la solución anestésica lentamente en es-
ta región en la cantidad no mayor de 1 ml. generalmente se -
obtiene anestesia quirúrgica y quirúrgica de los incisivos.

Síntomas de la anestesia del nervio dentario inferior.

El primer síntoma que manifiesta el paciente es el -
de sensación de hormigueo en el labio inferior, sensación -
que aumenta en intensidad y extensión a medida que transcu-
rran los minutos.

Cuando la anestesia es completa, debe estar insensi-

ble toda la mitad del maxilar inferior a excepción de la porción de la encía y periantio que cubre la cara externa, desde el segundo molar al segundo premolar, zona inervada por el nervio bucal, y estará insensible también la mitad de la lengua del mismo lado.

TIEMPOS QUIRURGICOS.

Toda operación quirúrgica consta de varios tiempos.

Por lo tanto, una intervención de cirugía bucal se compone, en regla general, de los siguientes tiempos:

- 1 Incisión
- 2 Osteotomía u osteotomía.
- 3 Operación propiamente dicha.
- 4 Tratamiento de la cavidad ósea
- 5 Sutura.

1.- Incisión

La incisión es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención, incisión, en la cavidad bucal, tiene el mismo fin; abrir por medios mecánicos cortantes el bisturí.

Las incisiones limitan un trozo de fibromucosa o mucoperiostio que se denomina colgajo.

Las reglas para tener éxito en reflexión y reposi-

ción de colgajos de tejido blando son las siguientes:

1.- Planificación cuidadosa, para asegurar el colgajo base amplia y un buen aporte sanguíneo.

2.- Incisiones limpias y precisas.

3.- Incidir sobre el hueso que no tendrá que extraerse durante el procedimiento quirúrgico.

4.- Incidir completamente a través del periostio, si se va a reflejar el colgajo sobre el hueso.

5.- Disección cuidadosa del colgajo a lo largo del plano quirúrgico, tal como aponeurosis, músculo o hueso.

6.- Reflexión de un colgajo suficientemente grande y adecuado.

7.- Mucha delicadeza al manejar y retraer el colgajo.

8.- Hacer la reposición con cuidado y meticulosidad, suturando adecuadamente, para mantener un colgajo en posición.

2.- Osteotomía y Osteotomía.

La osteotomía es la parte de la operación que consis
te en alir el hueso; osteotomía es la extracción del hueso-
que cubre el objeto de la operación y esta puede ser realizad
da con escoplos, pinzas gubias y fresas.

Osteotomía con pinzas gubias.

La pinza gubia se usa para agrandar orificios previa
mente preparados con los escoplos, la osteotomía puede hacers
se con otros fines: para resacar hueso sobrante del borde al
velar o puntas óseas que quedan después de las extracciones.

Osteotomía con fresas.

La fresa es un instrumento utilísimo actúa ya eliminand
do el hueso en su totalidad o realiza perforaciones vecinas-
entre sí, sobre la tala ósea.

La fresa debe actuar siempre bajo un chorro de agua -
esterilizada e suero fisiológico, para evitar recalnetamient
tos del hueso, que pudiera acarrear lesiones.

3.- Operación propiamente dicha.

Puede denominarse así a la ejecución del tiempo objeto de la operación.

4.- Tratamiento de la cavidad ósea.

Algunas operaciones requieren un tratamiento particular de la cavidad ósea, ya sea porque el hueso está afectado o por la índole de la operación que así lo exige, para evitar hemorragias o dolores postoperatorios.

El tratamiento de la cavidad ósea se realiza colocando dentro de ella medicamentos (directamente) gases con medicamentos o drenaje.

5.- Sutura.

La sutura es la maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos separados por la incisión.

TECNICA OPERATORIA.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES VESTIBULARES EN ARCADE.

La vía de elección es la vestibular, aún en caninos-linguales verticales, por ausencia de dientes vecinos.

Incisión.

La incisión en arco, sin llegar al borde gingival, - provee un colgajo suficiente y este puede prepararse a expensas del borde libre, trazando una incisión vertical y retirando la encía de los cuellos dentarios.

Desprendimiento del colgajo.

Esta se realiza, con una legra fina, con el periostó-tomo o con la emátula de trece se desciende el colgajo.

Operación propiamente dicha.

La odontosección se realiza con traca martillo o es-coplo automático. Las porciones seccionadas se extraerán - por separado con elevador recto o angular según la posición y facilidad de acceso.

Sutura.

Se puede realizar la sutura con seda, hilo, catgut o nylon.

Extracción de caninos interiores linguales.

Posición rara. La intervención puede realizarse por vía vestibular, cuando tengamos espacio entre los dientes ve cinos, ya que la posición en que se encuentra es muy laborio sa, por la iluminación defectuosa y la visibilidad a este ni vel. Razón por la cual es preferible, a un riesgo de sacrificar dientes, elegir la vía vestibular.

La odontosección disminuye los riesgos de lesión sobre los dientes vecinos y presión excesiva que puede lesionar la integridad del maxilar.

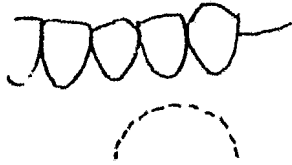
En estos la raíz o parte de ella se encuentra en lado vestibular y la corona en lado lingual, siendo hacia donde se realiza la alveolectomía vestibular, la sección del ca nino a nivel de su cuello y la extracción de los 2 elementos por la vía bucal en que están ubicados.

Extracción de caninos interiores en desdentados.

La vía de acceso es siempre la vestibular, la incisión angular es la de preferencia; el tramo horizontal de esta incisión llega a las proximidades del borde libre y el vertical se traza en ángulo recto con el primero. La incisión de Neumann, también provee un útil y eficaz colgajo.

La operación sigue los tiempos quirúrgicos ya indicados.

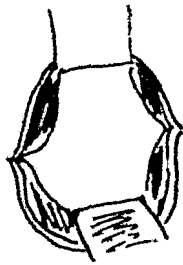
Extracción por vía vestibular, de un canino retenido.



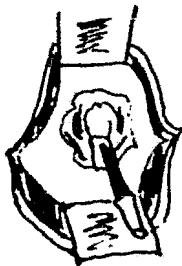
Incisión en arco de Bartón.



Incisión que penetra
por debajo del alveolo.



Separación de los pliegues.



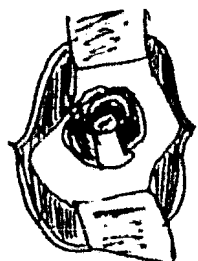
Sección del canino a la altura de su cuello.



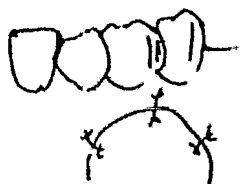
Extracción de la corona.



Con fresa redonda, se practica un orificio a nivel del tercio medio radicular.



Elevación de la raíz hacia la cavidad dejada por la corona extraída.



Sutura, cuando se practica la incisión en arco.



Sutura, de la incisión del borde libre.

CUIDADOS POSTOPERATIVOS.

Los factores más importantes en el cuidado postoperatorio son:

- 1.- Control de la hemorragia
- 2.- Reinstalación de la ingestión normal de líquidos y si es necesario.
- 3.- El reemplazo de los líquidos que se han perdido.

Instrucciones al paciente.

- 1.- Déjese la gasa, por lo menos durante 30 minutos
- 2.- Colóquese una bolsa de hielo, toallas frías en la cara durante 6 a 12 hrs. Cuanto más pronto se haga más efectivo es.
- 3.- No se enjuague la boca hasta la mañana siguiente con los enjuagues puede desalojarse el coágulo e interrumpir el proceso normal de curación.
- 4.- En la mañana enjuáguese la boca suavemente, con un vaso de agua caliente, con sal (media cucharada de sal en un vaso de agua caliente) repetir se 3 ó 4 veces al día.

- 5.- Siga sus inclinaciones naturales en lo que respecta a la dieta, pero por su propia comodidad son preferible alimentos blandos durante las primeras 24 horas. Tome gran cantidad de líquidos, pero sin emplear popotes.
- 6.- Si aparece sangrado anormal, dóblece la torunda, mójese, colóquese sobre la herida durante 20 minutos.
- 7.- Los dientes deben recibir su higiene usual, con excepción de la región operada.

CONCLUSION.

Estando completamente de acuerdo con los conceptos antes mencionados, diremos que la extracción quirúrgica de caninos inferiores, se recomienda, cuando haya motivos, para - creer que con ello se logrará con anticipación, corregir los defectos de la oclusión esto va a prevenir lesiones locales - o perturbaciones generales.

Para eliminar un diente retenido es necesario hacer - un diagnóstico exacto, valorar el riesgo quirúrgico local y - general, y conocer los principios básicos de la cirugía.

BIBLIOGRAFIA.

W. Harry Archer. Cirugía bucal. Atlas paso por paso de técnicas quirúrgicas. Tomo I, segunda edición, - editorial mundi; Buenos Aires.

Kruger O. Gustavo. tratado de cirugía bucal.
Cuarta edición. Editorial Interamericana.

Costich Emmett R. y Dr. White. Raymond P. Jr. Ciru--
gía bucal, Nueva editorial Interamericana, S.A. pri--
mera edición en español 1979.

Quiroz Gutiérrez Fernando. Tratado de Anatomía Huma--
na. Décima cuarta edición. Editorial Porrúa Tomo I

Quiroz Gutiérrez Fernando. Tratado de Anatomía Huma--
na. Novena edición Tomo II. Editorial Porrúa.

Ries Centeno Guillermo. Cirugía bucal con patología--
clínica y terapéutica. Séptima edición Buenos Aires
México. Editorial El Ateneo, 1978.

N.B Jorgensen. J. Hayden Jr. Anestesia Odontológica
tercera edición. Editorial Interamericana.