

*Ejemplar*

502

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**DONADO POR D. G. B. - B. C.**

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE CANINOS**

**INCLUIDOS SUPERIORES**

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

**ARTURO JAIMES OROPEZA**

**MEXICO, D. F.**

**14887**

**1979**



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.

## I N D I C E

**INTRODUCCION.**

**TEMA I .- DEFINICION.**

**TEMA II.- GENERALIDADES (a) INCLUSIONES DENTARIAS**

**TEMA III.- ETIOLOGIA DE LOS CANINOS INCLUIDOS.**

- a) DE TIPO **EMBIOLÓGICO**
- b) POR CAUSAS MECANICAS.
- c) POR CAUSAS GENERALES.

**TEMA IV.- CLASIFICACION DE LOS CANINOS INCLUIDOS.**

- a) CON EL NUMERO DE CANINOS RETENIDOS.
- b) CON LA POSICION QUE ESTOS DIENTES PRESENTAN.
- c) CON LA PRESENCIA O AUSENCIA DE DIENTES EN LA  
ARCADA.

**TEMA V.- COMPLICACIONES QUE PRESENTAN.**

- a) MECANICAS
- b) INFECCIOSAS
- c) NERVIOSAS
- d) TUMORALES

**TEMA VI .- ESTUDIO ANATOMICO DE LA REGION.**

- a) ESTRUCTURA OSEA DEL MAXILAR SUPERIOR

- b) MUCOPERIOSTIO DEL PALADAR
- c) INERVACION E IRRIGACION DEL MAXILAR SUPERIOR

**TEMA VII.- ESTUDIO GENERAL DEL PACIENTE.**

- a) DATOS GENERALES DEL PACIENTE.
- b) PADECIMIENTO ACTUAL
- c) INTERROGATORIO (ANTECEDENTES).
- d) EXAMEN FISICO GENERAL
- e) EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- f) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO.

**TEMA VIII.- METODOS DE DIAGNOSTICO Y ESTUDIO RADIOGRAFICO**

- a) INSPECCION
- b) PALPACION
- c) EXAMEN RADIOGRAFICO.

**TEMA IX .- CUIDADOS PREOPERATORIOS.**

- a) GENERALES
- b) LOCALES.

**TEMA X.- TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION DE LOS CANINOS -  
SUPERIORES INCLUIDOS.**

- a) ANESTESIA.
- b) INCISION.
- c) DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.
- d) OSTEOTOMIA.

e) EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

f) SUTURA.

**TEMA XI.- CUIDADOS POSTOPERATORIOS.**

a) TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO

b) FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA

c) CUIDADOS DE LA HERIDA.

d) EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA.

e) INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

**TEMA XII.- CONCLUSIONES.**

**TEMA XIII.- BIBLIOGRAFIA.**

## INTRODUCCION

La profesión odontológica, tiene en el campo de sus especialidades a la Cirugía Oral, como una de las prácticas - más frecuentes y esta a su vez tiene un alto porcentaje de -- operaciones, de tratamientos de piezas incluidas, básicamente de terceros molares y de caninos incluidos, siendo estos últi mos el tema a desarrollar en este trabajo.

En esta tesis se hace una recopilación de datos sobre el tratamiento quirúrgico de los caninos incluidos superiores no aportando ninguna técnica nueva ni particular, pero se expondrá lo más importante de las técnicas conocidas con - el fin de facilitar nuestra práctica odontológica.

## TEMA I

### 1.- DEFINICION

Se entiende por pieza dentaria incluida o retenida, a toda pieza que en el momento normal de su erupción -- permanece encerrada en los procesos maxilar y mandibular, - conservando la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

Generalmente sucede con los terceros molares y cañinos, la retención dentaria puede presentarse de dos maneras; una, cuando esta rodeado por tejido óseo ( retención - intraósea) y otra cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival ( retención subgingival).

Cualquiera de los dientes, ya sean, temporales, - permanentes o supernumerarios pueden quedar retenidos.

## TEMA II

### II.- GENERALIDADES:

Algunos dientes retenidos pueden ser llevados a su sitio por procedimientos ortodóncicos. Tal tratamiento corresponde a aquella disciplina (Ortodoncia y ortodoncia quirúrgica).

Solo consideraremos el tratamiento quirúrgico de los dientes retenidos, es decir, su extracción.

La extracción de un diente retenido consiste esencialmente en un problema mecánico; es la búsqueda, por medios mecánicos e instrumentales, del diente retenido y su eliminación del interior del hueso donde está ubicado, aplicando los principios de la extracción a colgajo y del método de la extracción por seccionamiento. Tales métodos constituyen la denominada extracción quirúrgica de los dientes retenidos.

Consideraremos la extracción de los caninos retenidos, dando normas técnicas y tratando de explicar como se procede ante un caso de canino retenido.

## TEMA III

### III.- ETIOLOGIA

- A).- DE TIPO EMBRIOLOGICO
- B).- POR CAUSAS MECANICAS
- C).- POR CAUSAS GENERALES

La retención de las piezas dentarias es ante todo un problema mecánico, ya que el diente que esta destinado a hacer su erupción normal, y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra un obstáculo que impide la realización normal del trabajo que le está encomendado.

Las razones por las cuales el canino no hace - - - -  
erupción son las siguientes:

- A).- DE TIPO EMBRIOLOGICO.

I.- La ubicación especial de un germen dentario muy alejado de su punto de erupción.

II.- El germen se encuentra en la posición adecuada - pero tiene muy poco espacio para erupcionar.

III.- Cuando el germen dentario se calcifica pero entra en contacto con un diente vecino.

IV.- Los dientes no brotan a tiempo ni en dirección normal y quedan retenidos en el maxilar y la mandíbula en una posición oblicua o transversa.

**B).- POR CAUSAS MECANICAS.**

- 1.- Falta material de espacio.
- 2.- Hueso demasiado compacto.
- 3.- Quistes o tumores de los maxilares.
- 4.- Piezas supernumerarias que se encuentran en la arcada e impiden su normal erupción.
- 5.- Extracciones prematuras hechas en piezas temporales, hacen que se pierda el espacio normal.

**C).- POR CAUSAS GENERALES.**

1.- Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes.

2.- Enfermedades ligadas al metabolismo del calcio ( raquitismo )

3.- Desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de las arcadas dentarias.

Cuando por hábito adquirido o contracciones espasmódicas, que se efectúan en los movimientos mimicos, tics y otras modalidades gesticulatorias, se produce un exceso de presión externa no compensada por la presión interna.

## TEMA IV

### III.- CLASIFICACION DE LOS CANINOS INCLUIDOS.

- A).- CON EL NUMERO DE CANINOS RETENIDOS.
- B).- CON LA POSICION QUE PRESENTAN ESTOS DIENTES  
EN EL MAXILAR.
- C).- CON LA PRESENCIA O AUSENCIA DE DIENTES EN LA  
ARCADA.

1.- La retención puede ser simple o doble

2.- Caninos situados en el lado palatino o vestibular.

3.- Caninos en maxilares dentados o en maxilares --  
sin dientes.

De acuerdo con estos puntos básicos se puede ordenar una clasificación general de estos casos de retenciones.

#### MAXILAR SUPERIOR

##### CLASE I.-

Maxilar dentado, diente ubicado del lado palatino. -

Retención unilateral.

##### CLASE II.-

Retención bilateral, diente ubicado del lado palatino, Maxilar dentado.

**CLASE III.-**

Retención unilateral, diente ubicado del lado vestibular Maxilar dentado.

**CLASE IV.-**

Retención bilateral, diente ubicado del lado vestibular. Maxilar dentado.

**CLASE V.-**

Retención mixta o transalveolares, caninos vestibulo palatinos. Maxilar dentado.

**CLASE VI.-**

Retención unilateral y (o) bilateral, del lado palatino, maxilar desdentado.

**CLASE VII.-**

Retención unilateral y (o) bilateral del lado vestibular. Maxilar desdentado .

**MAXILAR INFERIOR****CLASE I.-**

Retención unilateral, diente ubicado en el lado lingual. Maxilar dentado.

**CLASE II.-**

Maxilar dentado, retención unilateral, diente en el lado bucal. Posiciones vertical y horizontal.

**CLASE III.-**

Retención bilateral, maxilar dentado. Dientes ubicados en el lado lingual y bucal y en posición horizontal y vertical.

**CLASE IV.-**

Maxilar dentado. Retención unilateral, posición vertical y horizontal.

**CLASE V.-**

Retención bilingual, Maxilar desdentado.

ca, así comprobamos el diagnóstico de una retención de canino.

**B).- INFECCIOSAS.**

Estas complicaciones están dados, en los dientes retenidos, por la infección de su saco paricoronario. (periocoronitis)

La infección se presenta generalmente como un proceso de inflamación local, con dolores aumento de la temperatura local, absceso y fistula consiguiente, osteitis y osteomielitis.

Además hay complicaciones diversas, se ven afectados órganos vecinos, como seno maxilar y fosas nasales.

**C).- NERVIOSAS.**

Son complicaciones que tienen repercusión en el sistema nervioso sensitivo local, se agregan además, las producidas por compresión de paquetes nerviosos, neuralgias faciales de intensidad, tiempo y duración variables (neuralgias del trigémino, también trastornos trofoneuróticos)

**D).- TUMORALES.**

Tumores de origen dentario que tienen su origen indudable en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se originan.

## TEMA VI

### V.- ESTUDIO ANATOMICO DE LA REGION.

A).- ESTRUCTURA OSEA DEL MAXILAR SUPERIOR

B).- MUCOPERIOSTIO DEL PALADAR

C).- INERVACION E IRRIGACION DEL PALADAR

A).- ESTRUCTURA OSEA DEL MAXILAR SUPERIOR:

Consta este hueso de: Dos caras, cuatro bordes, - -  
cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar.

En su cara interna se encuentra una saliente horizontal, llamada apófisis palatina, la cara superior de esta, forma gran parte de la bóveda del maxilar y el interno se articula con el borde de la apófisis palatina del maxilar opuesto. Este borde en su parte anterior termina en una prolongación que al articularse con la del lado opuesto forma la espina nasal anterior. Por atras de la espina nasal anterior, se encuentra un surco que con el del otro maxilar forma el conducto palatino anterior; por el pasa el nervio esfenopalatino.

Por arriba de la apófisis palatina se encuentra el orificio del seno maxilar el cual en estado fresco queda muy disminuido en virtud de la interposición de las masas laterales del etmoides por arriba, el cornete inferior por abajo, el unguis por delante y la rama vertical del palatino por detras.

Por delante del seno se encuentra el canal nasal, que se encuentra limitado en su parte anterior por la apófisis ascendente del maxilar superior.

Esta apófisis en su cara interna presenta; las -- crestas turbinales superiores e inferiores; la primera se -- articula con el cornete medio y la segunda con el cornete -- inferior.

En su cara externa presenta la fosita mirtifor-- donde se inserta el músculo del mismo nombre; posteriormen-- te se encuentra la giba canina por detras y arriba de esta-- se encuentra una saliente llamada apófisis piramidal.

Esta presenta una base, un vértice que se articu-- la con el hueso malar, tres caras y tres bordes. La cara -- superior y orbitaria forma parte del piso de la orbita y -- lleva el conducto suborbitario; en la cara anterior se abre el conducto suborbitario por donde sale el nervio del mismo nombre.

Entre este agujero y la giba canina se encuentra-- la fosa canina.

De la pared inferior salen unos conductillos lla-- mados agujeros dentarios posteriores por donde pasan los -- nervios dentarios y arterias alveolares destinadas a los -- gruesos molares.

Borde anterior.- Arriba de la espina nasal ante--

rior, se encuentra una escotadura, que con la del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales.

**Borde Posterior.**- En su parte baja se articula con la apofisis piramidal del palatino y con el borde anterior - de la apófisis pterigoides ahí se encuentra el conducto palatino posterior por donde pasa el nervio palatino anterior.

**Borde Superior.**- Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita.

**Borde Inferior.**- Borde alveolar.

#### B).- MUCOPERIOSTIO DEL PALADAR

El tejido que cubre el reborde alveolar de un dentado es igual a la encia normal en su estructura. Está - constituido de una capa firme y gruesa, de tejido conectivo-inelastico denso adherido al mucoperiostio del reborde y cubierto por un epitelio escamoso estratificado.

Este tejido que tiene un espesor de 4 a 8 mm., se extiende desde la tuberosidad del maxilar de un lado opuesto a otro incluyendo la parte anterior del maxilar.

El paladar duro esta cubierto en su parte anterior por tejido denso y resistente que forma las rugas palatinas, en cambio la mucosa de la parte posterior del paladar duro, - es lisa y elastica.

La submucosa es acolchada y húmeda en esta zona, -

por la presencia de tejido adiposo y numerosas glándulas, con tiene además vasos y nervios palatinos. Con frecuencia se encuentra en la línea media del paladar duro un reborde resistente cubierto por una delgada capa de tejido blando esta zona, el rafé medio y la sutura palatina varia en forma y tamaño, cuando es muy prominente se le denomina torus palatino.

#### C).-INERVACION E IRRIGACION DEL MAXILAR SUPERIOR.

En la cara anterior del maxilar superior encontramos el agujero infraorbitario por el que sale el nervio infra o suborbitario y es considerado como terminal del nervio maxilar superior, dividiendose a su vez en tres pequeños ramos terminales:

Ascendentes o palpebrales, descendientes o labiales, e internos o nasales.

Por la parte palatina encontramos por su parte anterior la línea media, el agujero palatino anterior por donde emergen el nervio nasopalatino ramo del esfenopalatino quien a su vez es ramo del maxilar superior y termina en numerosos ramos en la parte anterior de la mucosa de la boveda palatina.

Los agujeros palatinos posteriores en número de dos: Izquierdo y derecho, localizados aproximadamente a 1 cm., por arriba y por dentro del reborde alveolar cerca de la sutura entre el borde posterior, entre la apófisis palatina del maxilar del borde anterior de la lámina horizontal del paladar; -

por estos agujeros palatinos posteriores emergen los nervios palatinos anteriores, también ramas del esfenopalatino, que es rama a su vez del maxilar superior, inerva el velo y parte de la bóveda palatina.

Ramos dentarios posteriores, estos en número de dos o tres se separan del maxilar superior un poco antes de su entrada en la cavidad orbitaria descienden por la tuberosidad del maxilar, se introducen en los conductos dentarios inferiores y forman anastomosándose por encima de los premolares y molares un plexo, que da ramos a las raíces de los molares superiores, al hueso malar y la mucosa del seno maxilar.

El nervio dentario medio, nace del infraorbitario en el canal o su piso, antes de la extremidad posterior del conducto, desde ahí desciende por la pared anterolateral del seno hasta la parte posterior del meato inferior, este ramo se anastomosa por detrás con el plexo dentario.

## TEMA V

### V.- COMPLICACIONES QUE PRESENTAN LOS CANINOS INCLUIDOS

- A).- MECANICAS
- B).- INFECCIOSAS
- C).- NERVIOSAS
- D).- TUMORALES

Los caninos, al permanecer retenidos, pueden como cualquier otro diente ocasionar complicaciones; aunque en ocasiones no sucede y pasan inadvertidos.

Las complicaciones que provocan estas piezas retenidas, se clasifican en:

#### A).- MECANICAS

I.- Trastornos sobre la colocación normal de los dientes; (apiñamiento, maloclusión, mordida abierta y cerrada).

II.- Trastornos sobre la integridad anatómica del diente; (rizoclásia de dientes vecinos, alteraciones del cemento y dentina y hasta pulpa).

III.- TRATORNOS PROTESICOS.- En pacientes desdentados del maxilar superior y que llevan una prótesis total, provocando ulceraciones, solución de continuidad y la infección posterior es un hecho.

Por eso se recomienda obtener una serie radiográfi-

## TEMA VII

### VII.- ESTUDIO GENERAL DEL PACIENTE.

- a).- DATOS GENERALES DEL PACIENTE.
- b).- PADECIMIENTO ACTUAL
- c).- INTERROGATORIO (ANTECEDENTES)
- d).- EXAMEN FISICO GENERAL
- e).- EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- f).- DIAGNOSTICO PRESUNTIVO.

La historia clínica es; la recopilación sistemática y ordenada de todos los datos obtenidos por un interrogatorio directo o indirecto ha que hemos sometido a nuestro paciente, y de lo bien elaborado que sea dependerá en un alto porcentaje el diagnóstico acertado.

Es por ello que tenemos que convencer al paciente que todas las preguntas tienen gran importancia para obtener datos objetivos de real utilidad.

#### A).- DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Los datos generales de nuestro paciente comprende cierta información ordinaria, que puede recoger con facilidad el cirujano dentista: nombre del paciente, dirección, número de teléfono, edad sexo y estado civil.

#### B).- PADECIMIENTO ACTUAL

Una buena práctica psicológica consiste en pedir -

al paciente que relate su P. A. ( su problema ) con sus propias palabras. Habitualmente se registra en términos no -- técnicos. Luego se pide al paciente que " cuente " desde -- cuándo (fecha) observó por primera vez los síntomas como se desarrollaron y los tratamientos previos. Los detalles -- completos del padecimiento actual constituyen la historia de este.

C).- INTERROGATORIO (DIRECTO)

- |                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| I.- ANTECEDENTES PERSONALES | PATOLOGICOS    |
| 2.- ANTECEDENTES FAMILIARES | NO PATOLOGICOS |

I.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Estatura.	Vivienda
Peso.	Alimentación.
Oficio.	Escolaridad.

2.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Fimicos.	Ortopédicos.
Luéticos.	Urológicos.
Neoplásicos.	Alcoholismo.
Cardiovasculares.	Tabaquismo.
Diabéticos.	Respiratorios.
Alérgicos.	Gastrointestinales.

## II.- ANTECEDENTES FAMILIARES.

Los antecedentes familiares permiten obtener información acerca de enfermedades transmitibles o que tienden a afectar familias enteras.

Es el caso de la tuberculosis, fiebre reumática, - migraña, trastornos psiquiátricos o neoróticos, ciertas variedades de cáncer.

Deben anotarse la edad y el estado de salud de los padres hermanos e hijos.

## III.- ANTECEDENTES SOCIALES Y OCUPACIONALES.

Permiten a veces establecer el diagnóstico de ciertos trastornos. Ya que dependiendo de ciertos hábitos u - - ocupaciones pueden presentar síntomas o signos característicos.

### D).- EXAMEN FISICO GENERAL.

#### I.- EXPLORACION FISICA

#### 2.- APARATOS Y SISTEMAS

#### 3.- EXAMEN BUCAL.

#### I.- EXPLORACION FISICA

La exploración representa la segunda etapa del método de diagnóstico y la intervención del dentista en el propio diagnóstico.

Es importante seguir un esquema fijo, reduciendo --

asi la posibilidad de que pase inadvertida una lesión desconocida, o todavia no manifiesta.

La exploración debe realizarse en el cuarto de operaciones, con el paciente sentado en el sillón. Se observará el aspecto general del paciente, y la forma en que entra al cubículo. En general se registran durante la exploración uno o varios "signos vitales"; estos son: la temperatura, el -- pulso la respiración y la presión arterial.

Exploración física: Cabeza, cara, cuello, torax, -- abdomen.

Extremidades superiores, columna vertebral.

## 2.- APARATOS Y SISTEMAS.

Aparato cardiovascular.- Todos los procedimientos de exploración clínica son aplicables para conocer el estado en que se encuentra el corazón.

La repercusión de los padecimientos del corazón sobre el aspecto general de los enfermos, es semejante a la que producen los trastornos respiratorios que se describiran a -- continuación.

En la insuficiencia aórtica la palidez de la cara - (fascies aórtica) es característica, y en este mismo padecimiento los movimientos ritmicos de la cabeza ( signo de - - - masset ) y la expansión muy acentuada de las arterias del cuello (balle arterial) son muy notables.

Por el interrogatorio podrá saberse acerca de palpitaciones taquicardia, disnea, precordialgias, tos, hemorragias, sensaciones de paro del corazón, cianosis, edemas, síncope, vértigo, opresión, algunas tensiones abdominales y de dolor en el hipocondrio derecho, oliguria, cardioneumorenal, claudicación intermitente, dolores precordiales, que son síntomas de gran valor en cardiopatías pudiendo ser, angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia coronaria, etc.

Pueden presentarse dolores pleuropericárdicos pudiendo irradiarse al hombro izquierdo; la investigación de estos dolores pone en condiciones de presumir lesiones orgánicas muy graves, que pueden ser contraindicaciones para la intervención o la anestesia, por lo tanto se enviara al enfermo con un especialista que nos indique la manera de actuar.

El tratamiento de un enfermo cardíopata supone que se considere varios factores de importancia en la etiología de los trastornos o accidentes frecuentes durante su tratamiento, puesto que pueden presentarse diversos accidentes antes, durante y después de la intervención en un enfermo de esta naturaleza y pueden deberse a un factor psíquico, representado por el miedo, o un factor tóxico representado por la anestesia, o un factor traumático representado por la intervención o debido a la cardiopatía misma.

Las enfermedades del corazón y del aparato respiratorio requieren una consulta del dentista con el médico del paciente.

El riesgo de la práctica de cualquier operación - aumenta considerablemente en los cardiacos y la elección de la anestesia ofrece también un serio peligro. Son peligrosas las operaciones en sujetos que tienen antecedentes de trombo-sis coronaria, de fiebre reumática, de angina de pecho, de degeneración adiposa del corazón, soplos o arteriosclerosis.

**Aparato Respiratorio.**- Los padecimientos del aparato respiratorio son capaces de repercutir tan hondamente en el estado general de las personas que es de utilidad revisar, aunque sea con brevedad, las alteraciones que en el aspecto general o "habitus exterior" pueden ser ocasionados por dichos padecimientos. Para ello sólo tendré en cuenta aquellos atributos del aspecto general que realmente puedan ser originados en estas condiciones.

La constitución de los enfermos es siempre alterada y la conformación es modificada en los padecimientos crónicos ( raquitismo, efisema pulmonar, etc. ).

Por el interrogatorio nos daremos cuenta si presenta tos seca o fleumosa, si se presenta por accesos, las características que tienen estos el tiempo que tiene de haber comenzado, evolución que ha tenido, sensación de opresión, difi-

cultad para respirar, dolor torácico, fiebre, tipo de esta, - sudores vespertinos, etc.

En la disnea respiratoria la dificultad se encuentra en la expulsión del aire, haciéndose más larga y penosa; - las dos causas más comunes de la disnea respiratoria son: el asma bronquial, y el edema pulmonar generalizado.

La respiración de Cheyne- Strokes, es una manifestación de alta gravedad que suele presentarse en los padecimientos graves del cerebro, (tumores, hemorragias) así como padecimientos del riñón, del hígado, corazón (uremia, coma diabético).

La disnea en la que interviene el factor nervioso - es casi siempre de carácter paroxístico. Así tenemos la disnea asmática, la respiración de Cheyne - Strokes, la respiración de Biot, etc. La disnea puede ser de pequeños, medianos y grandes esfuerzos.

El aparato respiratorio tiene importancia porque es la vía de introducción de la mayor parte de los anestésicos.

Ciertos padecimientos como el flemón séptico, edema de la glotis, padecimientos gripales, infecciones de las vías respiratorias, bronquitis neumónica, insuficiencia respiratoria, etc, pueden formar oclusión a nivel de la faringe.

**Sistema nervioso.- Insomnio.- Su causa) cambios de carácter, percepción de las sensaciones, estado de la sensibi**

lidad ( hormigueos, calambres, adormecimientos, parestesias, etc.) Cefalalgias o cefaleas. Vértigos, lipotimias, movilidad memoria, etc. Vómitos.

El interrogatorio con relación al sistema nervioso deberá ser hecho con amplitud y cuidado.

Siendo el sistema nervioso coordinador de todas las actitudes y actividades de la economía, el interrogatorio -- tendrá, necesariamente que abarcar todo lo referente al funcionamiento general del cuerpo pero como algunas manifestaciones morbosas de los distintos aparatos están más en relación con el sistema nervioso y sus padecimientos, solo de -- ellos me ocuparé, no sin aclarar que el interrogatorio, aquí como en las demas exploraciones clínicas debe ser siempre -- completo.

Algunas exploraciones del sistema nervioso son en realidad, en cierto modo, un interrogatorio condicionado por las maniobras que el médico ejecuta para que el enfermo informe sobre el resultado de ellas.

En tal caso se encuentra la exploración de la sensibilidad, tanto general como especial; lo mismo podría decirse de la exploración del lenguaje en los casos de afasia.

Hechas las consideraciones anteriores, diré que el interrogatorio de los enfermos que tienen padecimientos del sistema nervioso comprenderá las manifestaciones actuales, -

los antecedentes personales y los hereditarios.

Entre las manifestaciones de padecimiento del sistema nervioso consideraré en primer lugar el dolor de cabeza.

Este síntoma trivial, puede adquirir en algunos casos tal importancia, que le da un valor semiológico de primer orden.

El dolor de cabeza puede ser un episodio agudo o, por el contrario, de evolución crónica. (Cefalalgia, Cefalea).

De una manera general la cefalalgia tiene menos valor, como manifestación de padecimiento nervioso, que la cefalea, ya que el dolor episódico de la cabeza puede sobrevenir en las circunstancias más variables intoxicaciones, estados febriles, malas digestiones, etc.

Además del dolor de cabeza deberá preguntarse acerca de la presencia del dolor espontáneo en otras regiones del cuerpo, como por ejemplo, dolores en la nuca, en el tronco, en los miembros, en las vísceras (visceralgias) o dolores generalizados.

Los antecedentes, tanto personales como hereditarios, no deben ser omitidos. Entre los primeros se consideran tanto los no patológicos como los patológicos. De los antecedentes no patológicos importa conocer los que se refieren al género de vida, ocupación, costumbres, realización de necesidades orgánicas etc.

Los antecedentes patológicos pueden ser de importancia en la realización del padecimiento del sistema nervioso, principalmente los de orden infeccioso, a la cabeza de los cuales debe colocarse la sífilis.

Se averiguara si el paciente ha tenido en la infancia convulsiones, terrores nocturnos, eneuresis, etc.

Los antecedentes hereditarios serán adquiridos - con detalle, principalmente referentes a los progenitores - y colaterales del enfermo para conocer si en ellos no se -- han presentado padecimientos del sistema nervioso como epilepsia, alineación mental, sífilis, alcoholismo, etc.

Debe tomarse en cuenta la psicología del paciente, para ésto se puede recurrir a sedantes que tiendan a prevenir o a eliminar estos signos y síntomas: equilibrio mental, temperamento del paciente, tabaquismo, alcoholismo, drogas.

#### Aparato digestivo.

De las enfermedades originadas en los diferentes aparatos del organismo las que se encuentran más íntimamente relacionadas con las enfermedades o anomalías de los -- dientes son las del aparato digestivo por lo mismo, nuestro conocimiento de dicho aparato debe ser lo más completo posible, para diagnosticar con todo acierto la causa que ha producido cualquier anomalía dentaria.

En seguida trataré de exponer someramente la for-

ma de efectuar el interrogatorio del aparato digestivo en relación con las enfermedades de los dientes: para ello, le -- preguntaremos al enfermo si presenta o no los siguientes -- síntomas, así como las características de los mismos.

Apetito.- Si está conservado, si está abolido -- ( anorexia ) si está aumentado ( hiperorexia ), o si se ha -- pervertido ( parorexia )

Masticación de los alimentos.- si son masticados -- bien o si se presenta alguna dificultad para ello e investiga -- rla.

Aumento o disminución de la secreción salival. -- ( tialismo, o asialia ).

Sensaciones dolorosas en la cavidad bucal: caracte -- rísticas del dolor, ritmo, periodicidad, sitio, intensidad, frecuencia, irradiación.

Sensaciones anormales motivadas por la llegada de -- los alimentos al estómago: sensación de peso, plenitud, -- eructos, regurgitaciones, náuseas, vómitos, sus caracte -- rísticas; tiempo de aparición, olor, cantidad frecuencia, consis -- tencia, etc.

Dolor y sus características.

Digestión.- Meteorismo, estreñimiento, diarrea, -- borborismos, flatulencia, etc.

En los vómitos continuados, así como en la regurgi

tación repetida del contenido gástrico (mericismo, rumiación) la condición acida de la boca motivada descalcificación y erosión de los dientes, sobre todo de los incisivos. En la cirrosis hemolitica son frecuentes las anomalías dentarias.

#### E) EXAMENES COMPLEMENTARIOS

##### I.- BIOMETRIA HEMATICA

##### II.- TIEMPOS DE COAGULACION Y DE SANGRADO

##### III.- QUIMICA SANGUINEA.

##### I).- BIOMETRIA HEMATICA.

La biometría hemática completa consiste en una serie de pruebas que suelen realizarse al mismo tiempo y cuyos resultados ayudan a conocer la respuesta de salud en que se encuentra nuestro paciente.

Estas pruebas comprenden:

1).- Recuentos del número total de glóbulos rojos - y blancos por milímetro cúbico de sangre, fórmula leucocitaria; 2.- medición de hemoglobina.

PRUEBAS	NORMAL
Leucocitos ( por mmc)	5,000 a 10,000
Eritrocitos (por mmc)	4 a 5.5 millones
Hemoglobina	12 a 14 y 13 a 16 gr x 100 ml.

PRUEBAS	NORMAL
gm	
Hematocrito	37 - 47
%	
Plaquetas	250 - 500 mil
(por mmc)	

### II).- TIEMPOS DE COAGULACION Y SANGRADO

Tiempo de coagulación	5-10 NORMAL
Tiempo de sangrado	3-4 NORMAL

### III).- QUIMICA SANGUINEA.

PRUEBAS	NORMAL
Glucosa	65-110 mg %
Nitrógeno ureico	10- 20 mg %
Acido Urico	2.5 - 8.0 mg %

## TEMA VIII

### VIII.- METODOS DE DIAGNOSTICO Y ESTUDIO RADIOGRAFICO

- A) INSPECCION
- B) PALPACION
- C) EXAMEN RADIOGRAFICO

Antes de decidirse a la operación debe procederse a una exacta localización del diente retenido a extraer, pues to que de ello depende la vía operatoria.

El diagnóstico de canino incluido no representa por lo general ninguna dificultad; en cambio hay ocasiones en que solamente la radiografía nos permitira hacerlo.

A veces sin que aparezcan fenómenos ni infecciosos- ni dolorosos el paciente nos dice que observa que uno de sus- dientes anteriores se desplaza en una dirección determinada o se está produciendo una rotación sobre su eje mayor. Este da- to nos puede servir para sospechar la existencia de un canino incluido.

En el diagnostico de un canino retenido en el max- ilar superior, su posición, la relación con los dientes veci- nos y su clasificación se realizan por los medios clínicos de la inspección, palpación y el examen radiográfico.

**A).- INSPECCION**

La ausencia del canino permanente en la arcada, la persistencia del temporal, pueden hacernos sospechar la retención de este diente.

En caso de retención palatina o vestibular, la inspección visual descubre una elevación o relieve en el paladar o vestibulo.

La altura y forma de la bóveda palatina nos dara una indicación preliminar de la probable ubicación del diente retenido, no debe ser confundido el relieve dado por el canino, con el que puede producir la raíz del incisivo lateral o del premolar, confusión que puede suceder con facilidad en algunas condiciones.

Algunas veces los arcos dentarios aparecen completos, sin ningún diastema y solamente una observación detenida nos demuestra la persistencia de un canino temporario o la ausencia del canino definitivo, estando ocupado el sitio de este por el primer premolar.

**B).- PALPACION.**

El dedo indice, que investiga, confirma la existencia de una elevación, de la misma consistencia de la tabla osea. En caso de existir algún proceso infeccioso y una fistula, una sonda introducida por ella, nos lleva a chocar contra un cuerpo duro, que representa la corona del canino.

Por palpación el bulto puede sentirse o notarse -- bien sobre el lado vestibular y es menos notable por el palatino.

El movimiento de la corona del incisivo lateral, -- puede usarse como guía solamente, controlando con cuidado todos los demas indicios de diagnostico.

### C).- EXAMEN RADIOGRAFICO

Una vez que se sospecha o se comprueba de la existencia de el o los dientes incluidos, debemos establecer radiograficamente la situación exacta que ocupa en los maxilares.

Si se trata de dientes superiores estableceremos -- las relaciones que tienen con las raices de los vecinos y con las cavidades de la cara y si se trata de dientes inferiores, los que presenten con las raíces vecinas, con el conducto dentario y con las tablas, tanto interna como externa del maxilar.

Para ello es indispensable tomar una serie radiográfica con variados enfoques y ángulos pues de este estudio radiográfico dependera la técnica a emplear y las precauciones a adoptar en cada intervención.

El examen radiográfico del canino retenido debe ser realizado según ciertas normas para que sea de utilidad. Para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente una radiografía

grafia periapical tomada " sin las reglas radiográficas precisas" imprecindibles para ubicar el diente a extraer. Tal radiografía intraoral solo nos impondra de la existencia del diente; las normas para las radiografias quirúrgicas seran - dadas en seguida;

Para establecer si se hallan en vestibular o palatino se utiliza la técnica radiográfica del desplazamiento - de la imagen. Las radiografias deberan ser estudiadas e interpretadas correctamente.

Por desgracia, rara vez ellas revelan la curvatura apical marcada que este presente. Es de lamentar que la imagen oclusal sea a menudo de escaso valor para determinar esa posibilidad o no debera decidirse por fin, cuando la corona y una parte de la raíz sean expuestos en la intervención para la extracción.

Es necesario ubicar el diente según los tres planos de espacio es imprecindible ver la cuspide y el ápice, y conocer las relaciones de venciad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos.

La radiografía nos dara el tipo de tejido oseo - - (densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario, - existencia de procesos oseos pericoronarios).

Un método que no siempre es preciso para ubicar -- con exactitud aproximada la relación vestibulo palatina, es-

el empleo de la radiografía oclusal, con el rayo central paralelo al eje de los incisivos. La técnica para obtener esta placa es la siguiente:

Paciente sentado con su espalda dirigida verticalmente. El plano del arco dentario superior debe ser horizontal, por lo tanto la película oclusal, después de sostenida entre ambos maxilares en oclusión, debe estar también horizontal; aproximadamente dos cm, sobre la gabela, que coincide con la prolongación del eje de los incisivos.

Con esta radiografía oclusal, los incisivos centrales han de aparecer radiografiados de tal modo, que solo sea perceptible el corte elíptico del ecuador de cada diente, no viéndose la proyección de la raíz.

El diente retenido aparecerá por delante o por detrás ( vestibular o palatino ) de la proyección radiográfica de los dientes anteriores.

Cuanto más horizontal se encuentre el diente, este estará más cerca del suelo nasal.

La técnica para tomar radiográficamente la región del canino y premolares es la siguiente: El ángulo de inclinación del localizador será de 45 y su punta estará colocada exactamente a la altura de la línea nascauricular frente al primer molar. La película será sostenida por el pulgar o por el índice de la mano del paciente opuesta al lado que se

va a radiografiar, es decir de la mano derecha si es del lado izquierdo y viceversa.

El borde anterior de la película estará a la altura del incisivo lateral y el inferior, sobrepasando en uno o dos mm las caras triturantes de los premolares.

Este negativo nos dará la imagen completa del primer molar de los dos premolares y de la región del canino, lo que nos permitira establecer el grado de inclusión de este, - la posición de su corona con respecto a los incisivos y de su raíz en relación con las raíces de los premolares y las cavidades de la cara.

## TEMA IX

### CUIDADOS PREOPERATORIOS.

A).- GENERALES

B).- LOCALES

Enfoque psicologico para infundir confianza al paciente.

Antes de realizar el tratamiento quirúrgico, es necesario infundir confianza al paciente, para que este llegue con un estado psiquico ideal esto lo lograremos de la siguiente manera:

Debemos hablar con toda seguridad al paciente, sobre que tipo de operación es la que se va a efectuar, decirle de que tamaño aproximado va a ser la herida quirúrgica, - cuantos puntos de sutura vamos a colocar etc. Esto es muy importante ya que la mayoría de los pacientes hacen un drama antes de ser operados, ya que piensan que la herida va a ser sumamente grande y que requeriran muchos puntos de sutura, - otros llegaran más lejos y nos diran que si no se les caerá o afectara un ojo del lado a operarse o sea donde se encuentra el canino incluido.

En resumidas cuentas, debemos hablar con toda veracidad a nuestro paciente, sobre lo que será el tratamiento y

eliminar de su mente todos esos traumas psicológicos o tabues que por falta de educación en materia odontológica poseen.

Para realizar una operación cualquiera en el organismo, salvo las operaciones de urgencia, se requiere en este una preparación previa, es decir, ponerlo en las mejores condiciones para soportar con éxito la intervención.

Las operaciones de cirugía oral no escapan a estas indicaciones, aunque indudablemente, por tratarse por lo general de un paciente con una afección local, la preparación que necesita es menor que las indicaciones para cirugía general.

Esta preparación previa es la que se conoce como preoperatorio: que es la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro, y en el caso contrario, adoptar las medidas necesarias a que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo.

Solo me dedicare a señalar las medidas preoperatorias indispensables a todo acto quirurgico bucal, que son por otra parte sumamente simples y fácil de llevar a cavo. Las clasificamos en Generales y Locales las generales son las que se refieren a todo el organismo y las locales las que realizan en el campo operatorio, antes de nuestra integ

vención.

#### A).- MEDIDAS GENERALES

Dos son las indicaciones preoperatorias más importantes, por no decir las únicas que señalamos en nuestra -- práctica: Tiempo de coagulación y sangrado y el examen de -- orina.

Estudio clínico del paciente: por lo general quien ha tenido inconvenientes hemorrágicos en intervenciones anteriores nos pondrá sobre aviso; pero si así no fuere, al -- efectuar la historia clínica podemos averiguar los antecedentes sobre el particular y en el caso de existencia de ante-- riores sucesos se profundizará el examen en la medida conveniente.

La extracción dentaria es la causa más común de hemorragias en pacientes predispuestos debiendo examinarse con este motivo los otros posibles antecedentes hemorrágicos: Gingivitis, epistaxis, hematuria, hemoptisis, excesiva salida de sangre ante traumatismos aún leves, fácil producción de hematomas, equimosis o petequias.

En caso de haber existido hemorragias se valorará su intensidad momento de producción y terapéutica empleada -- para cohibirla.

Solo en contadas ocasiones se llegara a la conclusión de que se esta frente una diatésis hemorrágica ( hemofi

lias, purpuras trombopénicas) o una enfermedad hemorrágica - (leucemia, cirrosis hepática, uremia, etc)

Todos estos estados nos llevan a solicitar la consulta médica, para profundizar el estudio clínico, y para po contar con un exámen completo de su hemostásis.

Exámenes parciales y, sobre todos las pruebas más comunes, nos pueden ocultar estados hemorrágicos graves. De acuerdo con el resultado se resolvía sobre la oportunidad -- del tratamiento.

Pero, como se ha dicho, la mayor parte con antecedentes de este tipo no serán graves, y una minuciosa técnica quirúrgica y los apropiados recursos hemostáticos locales ag ran suficientes.

#### B) MEDIDAS LOCALES

Estado de la cavidad oral:

Se exige para realizar una operación en la cavidad oral, que esta se encuentre en condiciones óptimas de limpieza, ya que no lo es de esterilización.

El tártaro dentario, las raíces y los dientes cariados serán obturados o extraídos. Se exceptua de esta medida, desde luego, cuando la extracción de dichas raíces o dientes, constituye el objeto principal de la operación.

Las afecciones existentes en las partes blandas de la cavidad bucal contraindican una operación, siempre que eg

ta no sea de una gran urgencia ( Nos referimos a las gingivitis y a las estomatitis en especial ulcera-membranosas) terreno extraordinariamente malo para cualquier operación y que necesitan un tratamiento previo.

En cuanto a las lesiones tuberculosas y sifiliticas ( chancro, placas mucosas) contraindican toda operación en la cavidad bucal, por el peligro que significan las incisiones sobre tales lesiones y el contagio que representan para el operador.

Aún en estado normal, la boca antes de una operación en ella debe ser lavada con una solución de agua oxigenada ( en atomizador ) o soluciones antisépticas, que se preparan el antiséptico en agua.

Especial dedicación hay que prestarle a los espacios interdentarios las lengüetas gingivales y los capuchones de los terceros molares.

Estas regiones serán lavadas con un antiséptico -- cualquier y pintados con tintura de merthiolate antes de la operación.

Estas medidas antisépticas preoperatorias colocarán la cavidad en una condición óptima para realizar en ella una intervención y disminuir en un alto porcentaje los riesgos y las complicaciones postoperatorias.

## TEMA X

### TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION DE LOS CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS.

- a).- ANESTESIA
- b).- INCISION
- c).- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO
- d).- OSTEOTOMIA
- e).- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA
- f).- SUTURA

#### a).- ANESTESIA:

- I.- NERVIOS INFRAORBITARIOS
- II.- NERVIOS PALATINOS ANTERIORES
- III.- NERVIOS PALATINOS POSTERIORES

Como en toda intervención quirúrgica, la anestesia es fundamental.

La extracción de los dientes retenidos es una operación larga y molesta, por lo tanto la anestesia debe prever la longitud de la intervención.

Es interesante el empleo de una anestesia base, - - complementando al paciente con un tranquilizante (diazepan) - como coadyuvante del anestésico.

#### A.- ANESTESIA DEL NERVIOS INFRABORBITARIO.

La anestesia del nervio infraorbitario, se efectúa a nivel del agujero infraorbitario y por difusión de la anestesia llega al nervio.

Reseña anatómica.- Los nervios infraorbitarios se separan del nervio maxilar superior, en el conducto infraorbitario que lo aloja, medio cm por detrás del agujero infraorbitario descendiendo por delante de la pared anterior del seno maxilar, y se dividen en tres ramas que van a inervar el incisivo central, el lateral y el canino.

El maxilar superior sigue su recorrido por el conducto infraorbitario y al atravesar el orificio se abre en un ancho penacho terminal inervando el párpado inferior, el ala de la nariz, labio superior, con sus capas dérmicas, muscular y mucosa y la cara bucal de la encía.

Se inserta la aguja en dirección al eje apical de los premolares guiándose por nuestro dedo índice, depositamos el anestésico a unos cuantos milímetros del agujero infraorbitario de tal forma que el anestésico llega al nervio por inducción.

Para localizar el nervio infraorbitario según Ping chietro y Durante Avellanal: Se traza una línea horizontal que una ambos rebordes orbitarios inferiores. A esta se le corta con una vertical partiendo de la pupila, que coincide

con el eje del segundo premolar. Sobre ésta línea se encuentran también los agujeros supraorbitario y mentoniano.

El agujero infraorbitario queda a 7 mm. por debajo del reborde orbitario. El dedo índice de la mano izquierda palpa el borde orbitario e identifica por debajo de él una hendidura, que al la presión produce un dolor neurálgico particular; este es el agujero que buscamos.

El conducto que sigue al orificio se dirige de adelante a atrás y de dentro a afuera. A los 6 mm. de su desembocadura se inician los conductillos con los nervios destinados a los incisivos y caninos.

Esta es pues la dirección que debe seguir la aguja al pretender llegar hasta estos últimos nervios para anestesiarlos.

La anestesia del nervio infraorbitario está indicada en; Intervenciones quirúrgicas sobre la región labial superior, la porción anterior del maxilar (quistes) la apicectomía de los anteriores, canino retenido y exodoncia de los dientes anteriores.

Vías de acceso.- Se puede llegar al conducto por dos vías la intraoral y la externa o extrabucal.

Instrumental.- Jeringa de vidrio y aguja de 4 cms. y de escaso diámetro ( 4 a 6 para poder penetrar en el interior del conducto, jeringa carpule con aguja de diámetro adg

cuado.

B).- ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA DE LA BOVEDA PALATINA A NIVEL DEL AGUJERO PALATINO ANTERIOR.

ANESTESIA DEL NERVIO NASOPALATINO.

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

En el fondo del conducto aparecen dos orificios, - uno anterior y otro posterior ( Orificios de Scapa ) por donde emergen los nervios nasopalatinos derecho e izquierdo.

Estos nervios nasopalatinos o palatinos anteriores, inervan la parte anterior del paladar hasta la altura del ca nino. El orificio coincide con la papila palatina, que es - muy visible, haciendo abrir la boca del paciente.

A nivel del conducto palatino anterior se realiza la anestesia de estos nervios. Es una anestesia de complemento o también llamada de " Cierre de circuito" por si sola no tiene ninguna función que llenar, a no ser pequeñas intervenciones sobre la región de la papila.

Aún para estos casos debe ser complementada con --

anestesia de los palatinos posteriores (que emergen por el palatino posterior) o infiltrativa a nivel de la cara bucal de ambos caninos superiores.

Técnica de la anestesia.

Con una jeringa de vidrio o carpule y aguja de pequeño calibre se punciona en la base de la papila, del lado a operarse, pero no en el cuerpo mismo de este elemento anatómico. Es menester recordar que ésta papila está compuesta de tejido fibroso, ricamente innervado, lo cual la hace extraordinariamente sensible.

Después de atravesar la mucosa y llegando al conducto palatino, se deposita muy lentamente 0.5 a 1 c.c. de solución anestésica.

#### C).- ANESTESIA DE LOS NERVIOS PALATINOS POSTERIORES.

Los nervios palatinos, anterior medio y posterior, ramas eferentes del ganglio esfenopalatino, descienden a la bóveda, el primero por el conducto palatino posterior, el medio y el posterior lo hacen por conductos accesorios. El nervio palatino anterior inerva la fibromucosa y encía palatina y se dirige hacia adelante anastomosándose con el esfenopalatino interno.

El agujero palatino posterior esta situado en la bóveda, en la apofisis horizontal del hueso palatino, a nivel de la raíz palatina del tercer molar y equidistante de la

línea media y del borde gingival.

Los palatinos medios y posteriores que inervan la úvula y el velo del paladar no entran en el capítulo de este caso.

Posición del paciente. - Su cabeza inclinada hacia atrás, para poder ver cómodamente la región.

Instrumental.- El mismo que se utiliza para las inyecciones anteriores. Se introduce en el sitio indicado, que en el paciente se localiza por una depresión a este nivel, una aguja fina, teniendo el eje de la jeringa en la medida opuesta. Se inyecta 1 c.c. de solución anestésica.

#### B).- INCISION.

Hecha previa esterilización de la mucosa y dientes de la zona a operar con una solución yodada, se procederá a hacer la incisión, la cual deberá ser una incisión amplia para que nos permita una visibilidad y acceso operatorio requerido o necesario en la zona.

La incisión deberá hacerse con un bisturi de hoja corta y punta roma, para que sea lo suficientemente resistente y para lesionar lo menos posible al periostio.

#### C).- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO

Terminada la incisión pasamos a realizar el tercer paso que es el desprendimiento del colgajo, lo cual se logra por medio del periostomo o legra roma; algunos aconsejan

jan pasar un hilo de seda grueso a la mitad y casi en la parte terminal del colgajo, que está destinado a ser atado en el cuello del primer o segundo premolar con esto se mantiene descubierta la parte de la región anatómica bóveda palatina sobre la cual vamos a operar, sin traumatizar los bordes del colgajo.

#### D).- OSTEOTOMIA.

La osteotomía consiste en la remoción del hueso que nos permita la extracción de la pieza retenida, no siempre es necesaria, pero existen casos que dada la posición de la pieza o lo altamente condensado del hueso maxilar, es menester hacer la osteotomía.

Para realizar la osteotomía algunos aconsejan el empleo del escoplo y martillo.

Para realizar una buena osteotomía deberemos emplear unas fresas quirúrgicas redondas diseñadas y construidas especialmente para estos casos.

Esta fresa quirúrgica se adapta a la pieza de mano de baja velocidad y con ella se procede a remover el hueso que rodea a la pieza retenida principalmente tratando de descubrir la corona y cuando menos un tercio de la raíz. Es muy importante que nuestro 2do. cirujano esté aplicando suero fisiológico al mismo tiempo que nosotros realizamos la osteotomía ya que de no hacerlo así, ante la falta de irrigación y -

por el calentamiento óseo que se esta provocando podemos necrosar la zona de hueso maxilar sobre la que estamos trabajando.

#### E).- EXTRACCION

Después de haber realizado la osteotomía procederemos a tratar de mover la pieza retenida por medio de un botador o elevador, como ya tenemos acceso a la corona del diente, introducimos el elevador haciendo girar el mango del mismo, tratando de mover la pieza, si aún así no lo logramos, - procedemos a hacer una retención o muesca en el cuello del diente para que nos permita colocar ahí la punta de un elevador de bandera y así lograr extraerlo.

Es muy aconsejable en el 90 % de los casos dividir la pieza exactamente en el cuello de la misma, para dejar en libertad la corona, esta será así, facilmente extraída y a la raíz también se le hace una retención y de ahí nos apoyamos para extraerla, esto facilita enormemente la extracción.

Una vez hecha la extracción, se eliminan con cucharillas los restos óseos, el saco pericoronario y demás restos dentarios que hubieran podido quedar, se alisan los bordes óseos con limas quirúrgicas y se sueltan los hilos que sostienen al colgajo y se procede al último paso: la sutura.

#### F).- SUTURA.

Después de hecha la extracción procedemos a suturar

el colgajo para ello se coloca este en su sitio y se le - - - comprime fuertemente con una gasa esterilizada, con esto el colgajo permanecera en su posición correcta, posteriormente colocamos de 3 a 4 puntos de sutura aislados en los espacios interdentarios, cuidando de no dejar los puntos muy tensos y que al cortar el hilo de sutura, no nos quede muy corto porque corremos el riesgo de que el punto de sutura se deshaga.

#### CUIDADOS TRANSOPERATORIOS:

Son los cuidados que debe tener el cirujano en el transcurso de la operación, dependiendo de ello en gran parte el éxito o el fracaso de la intervención.

Los cuidados transoperatorios en la extracción quirúrgica de los caninos retenidos, los podemos enumerar de la siguiente manera:

I.- Cuidado de no aflojar las piezas contiguas, así como sus alveolos sobre todo en su borde.

II.- Cuidado de no fracturar la pieza en su ápice, ya que es sumamente difícil su extracción.

III.- Cuidado de no haber comunicación a seno maxilar para evitarlo siempre debemos trabajar con fuerzas contraladas.

IV.- Cuidado de irrigar con suero fisiológico el hueso maxilar, en el momento que se realiza la osteotomía, de no hacerlo podemos provocar necrosis maxilar.

V.- Cuidado de no dejar restos de saco paricoronario, del diente retenido ya que la omisión de esta medida -- puede traer trastornos infecciosos y tumorales.

VI.- Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser alisados con fresa redonda o con limas quirúrgicas.

VII.- Cuidado de no dejar restos oseos o hilos de gasa en el alveolo.

VIII.- Cuidado de no abrir fosa nasal.

## TEMA XI

### XI.- CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

- A).- TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO
- B).- FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA
- C).- CUIDADOS DE LA HERIDA
- D).- EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA
- E).- INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

Se entiende por postoperatorio, el conjunto de manobras que se realizan después de la operación, con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

El tratamiento postoperatorio es una de las fases más importantes de nuestro trabajo. Tan es así, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

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

El postoperatorio consta de los puntos antes citados y que a continuación describiremos:

### A).- TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO.

Higiene de la cavidad oral. Terminada la operación, el ayudante o enfermera prolijamente la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada.

La cavidad oral será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, o mejor aún proyectada esta con un atomizador, que limpiara así 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. El paciente en su domicilio ( ya realizada la formación del coágulo ) hará lavados suaves de su boca, cuatro horas después de la operación, con una solución antiséptica -- cualquiera.

### B).- FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA.

Se ha preconizado el empleo de agentes físicos, como elementos postoperatorios para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad oral. Se refieren al -- empleo del frío, el calor, irradiaciones ultravioletas, etc.

**Frío.- Empleamos con gran frecuencia al frío, como -- tratamiento postoperatorio lo aconsejamos bajo la forma de bol**

sas de hielo o toallas afelpadas mojadas, en agua helada, que se colocan sobre la cara, frente al sitio de la intervención. El papel del frío es múltiple; evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los edemas postoperatorios.

El frío se usa por periodos de 15 segundos seguidos de un período de descanso alternadamente. Esta terapéutica sólo se aplica en el día de la operación, prolongada por más tiempo su acción es inútil.

#### C).- CUIDADOS DE LA HERIDA.

Las heridas en la cavidad oral, cuando evolucionan normalmente no necesitan terapéutica. La naturaleza, provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria.

En términos generales, un alveólo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores.

Después del segundo día, la herida, será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio o con una solución alcohólica de fenol alcanforado.

Si hay que extraer los puntos de sutura esto se hará al cuarto o quinto día ( se hace excepción las suturas sobre el alveólo del tercer molar o aún más posteriores; en estos sitios, después del segundo día esta sutura actúa como cuerpo --

extraño provocando inflamaciones localizadas y supuraciones--  
estos puntos, por lo tanto, serán retirados a las 24 hrs. --  
después de la operación:)

D).- EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA.

Al cuarto o quinto día se extraen los puntos de su-  
tura.

La técnica es la siguiente: se pasa sobre el hilo-  
a extraerse un algodón mojado en tintura de yodo o de mer-  
thiolate, con el objeto de esterilizar la parte del hilo que  
estando en la cavidad oral se encuentra infectado.

Se toma con una pinza de disección o pinza de algo-  
dón ( manejada con la mano izquierda ) un extremo del nudo -  
que emerge sobre los labios de la herida, y se tracciona el-  
hilo, como para permitir obtener un trozo de este por debajo  
del nudo para poder cortarlo a este nivel.

Es importante procurar que la menor cantidad de hi-  
lo infectado pase por el interior de los tejidos; por razo-  
nes obvias.

De esta manera se eliminan todos los puntos de su-  
tura, procurando no lastimar la encia, ni entreabrir los la-  
bios de la herida. En algunas ocasiones el nudo, por hiper-  
trofia de las partes vecinas, se encuentra alojado en el fon-  
do de un embudo, del cual es difícil desalojarlo. En tales-  
condiciones conviene extirparlo cuanto antes; demorar su - -

extracción significa mantener la causa irritativa de la hipertrofia ( que es el hilo ) y las dificultades de la extirpación aumentan con el tiempo.

Con cuidado y delicadeza puede eliminarse el punto. Si no es posible ubicar una tijera para seccionarlo, este - - objetivo se logra con una aplicación de galvanocauterio.

Las suturas festoneadas o continuas se eliminan cortando por separado cada vuelta de espera, y trayendolos con - la precaución, anotada anteriormente, de no pasar el hilo infectado por el interior de los tejidos.

#### E).- INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

Antes de despedir al paciente deberan darsele instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio, tratamiento postoperatorio, enjuagatorio, alimentación y tratamientos medicamentosos (aquí vamos a recetar a -- nuestro paciente un potente analgésico, así como también un - antibiótico y un antiinflamatorio).

Estas instrucciones deberán darsele al paciente por escrito para evitarle dudas. Se acostumbrara entregar al paciente una hoja impresa con todas las instrucciones.

Evolución.- Consiste en citar a nuestro paciente en los días posteriores a la intervención, para observar como es su evolución, si esta es satisfactoria o si por el contrario presenta algunas complicaciones como pueden ser: hemorragias,

hematomas o algún cuadro infeccioso.

Podemos también , tomarle a nuestro paciente unas - radiografías con el fin de observar como marcha el proceso -- de regeneración ósea en el caso de haber practicado osteoto-- mía durante la intervención.

## TEMA XII

### XII.- CONCLUSIONES.

1.- La extracción de los caninos incluidos es una -  
intervención que podemos realizarla con éxito, en nuestra - -  
práctica odontológica general.

2.- Es fundamental realizar un excelente estudio ra  
diográfico que nos de la posición más exacta de la pieza ret  
nida.

3.- La planeación previa del caso, es sumamente - -  
importante, ya que en base a ella, se utilizará la técnica --  
quirúrgica indicada.

4.- La anestesia más indicada para las intervencio-  
nes de caninos retenidos en el maxilar superior, es la que se  
lograr al anestesiarse nervios infraorbitarios, palatinos ante-  
riores y palatinos posteriores, con esto logramos anestesiarse  
completamente la mitad de la arcada.

5.- Es muy aconsejable en la mayoría de las inter-  
venciones de caninos retenidos, seccionar la pieza a la altu-  
ra de su cuello, esto facilita en un 90 % su extracción.

6.- La osteotomía es un poderoso auxiliar indispen-  
sable en el caso de retenciones sumamente intraseas.

7.- Los cuidados que tengamos durante la operación-  
son muy importantes, ya que de ello dependerá en gran parte -

el éxito o fracaso de la intervención.

8.- Hay casos en los cuales no podemos hacer intervenciones aisladas, sino que necesitaremos de la estrecha colaboración, de otros especialistas como son: El ortodoncista, Protésista, Prostodoncista etc.

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

Ríos Centeno Guillermo

Cirugía Bucal

Robert Archer.

Cirugía Bucal

Walter C. Guralnick

Tratado de Cirugía Oral

León Winter

Tratado de Exodoncia

H. Rouviere

Anatomía Humana descriptiva y topográfica.  
Tomo I.

W.H. Archer

Anestesia en Odontología

Lester W. Burkert

Medicina Bucal