

1 ejemplar
(523)



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

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

**CANINOS RETENIDOS
SUPERIORES**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
JAIME KAJOMOVITZ COHEN
MEXICO, D. F. 1879

- 14908



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.

A)	Técnica para la extracción - del Canino por la vfa vestibular.....	123
B.)	Técnica para la extracción - del Canino Retenido en Palatino	126
B.1)	Técnica para la extracción de los caninos retenidos Clase I	
C)	Técnica para la extracción de ambos Caninos Retenidos en la bóveda Palatina	128
D)	Técnica alternada para la extracción de Caninos Retenidos Clase I	129
E)	Técnica para la extracción del Canino Retenido Clase III	132
F)	Técnica de la extracción de - Canino Retenido en pacientes- Edentulos	
G)	Técnica para la extracción de Canino Retenido Clase IV	
H)	Técnica para la extracción - quirúrgica del Canino Retenido en los Tejidos Blandos	133
I)	Técnica para la extracción de Caninos inferiores retenidos ...	134
J)	Técnica para la extracción de dientes supernumerarios, rudimentarios	136
<u>CAPITULO XI</u>	COMPLICACIONES O ACCIDENTES	139
<u>CAPITULO XII</u>	TRATAMIENTO POST-OPERATORIO	147
<u>CAPITULO XIII</u>	INDICACIONES QUE DEBEN DARSE AL PACIENTE	151
<u>CONCLUSIONES</u>		153
<u>BIBLIOGRAFIA</u>		156

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

El propósito de esta tesis es conocer los procedimientos quirúrgicos que pueden utilizarse para la extracción de un canino retenido superior y así poder elegir la técnica adecuada para cada caso.

Me he interesado en este tema ya que la retención de los caninos superiores los podemos encontrar con bastante frecuencia en la práctica diaria, y no siempre tenemos los conocimientos necesarios para realizar esta intervención.

Ciertas investigaciones realizadas sobre la retención del canino superior, nos demuestran que no siempre esta retención está causada por el mismo diente, sino que muchas veces son causadas por otro tipo de problemas.

Este trabajo significa para mí la culminación de -

cuatro años de labor estudiantil intensa y espero que esta tesis pueda servir en su futuro a mis compañeros, amigos y nuevos estudiantes de Odontología.

C A P I T U L O I

GENERALIDADES

Se les denomina Canino Retenido a aquel o aquellos -
dientes en el momento de su erupción normal carecen de fuer-
za necesaria para ponerse en contacto con el medio bucal, -
quedando retenidos dentro del maxilar, conservando su saco-
Pericoronario.

Dientes impactados; son aquellos dientes impedidos-
de erupcionar por barrera física en su vía de erupción.

La eliminación de un diente retenido consiste funda-
mentalmente en un problema mecánico ya que la localización-
es por medios mecánicos e instrumentales del diente reteni-
do y la extracción del diente del hueso donde se encuentra-
ubicado.

El tratamiento adecuado de los Caninos Retenidos o no erupcionados depende de la comprensión de los factores anatómicos, fisiológicos, y patológicos relacionando con ellos.

En la erupción dentaria existen 2 procesos:

- A) Destructivos: Abarcan la ruptura de la canastilla ósea y la encía.
- B) Neoformativos: Estos se acompañan a los primeros, en la formación del alveolo y del parodonto.

Sabiendo de antemano que las destrucciones se presentan más en los primeros momentos de erupción y las neoformaciones se presentan más en los últimos momentos de erupción.

Sin embargo, la extracción quirúrgica de un Canino Retenido profundamente en posición horizontal en el paladar y en estrecha relación con el seno maxilar cavidad nasal o ambas, es uno de los Procedimientos Quirúrgicos más difíciles de realizar en la cavidad bucal, sabiendo que el problema se agudiza con el poco espacio que nos ofrecen labios y carrillos.

De hecho el promedio de los Caninos Retenidos presentan mayores dificultades que los terceros molares Retenidos

inferiores, entendiéndose por promedio los casos que representan menor dificultad de cada tipo de retención.

Se han hecho estudios estadísticos sobre la frecuencia de dientes retenidos y se acepta generalmente el siguiente orden relativo:

1. TERCER MOLAR SUPERIOR
2. TERCER MOLAR INFERIOR
3. CANINO SUPERIOR
4. 4. PREMOLARES INFERIORES
5. CANINOS INFERIORES
6. PREMOLARES SUPERIORES
7. INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES
8. INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES INFERIORES
9. INCISIVOS LATERALES SUPERIORES
10. PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES SUPERIOR E INFERIOR

Algunos dientes retenidos sufren un proceso de absorción, mientras que otros dientes retenidos no sufren modificación alguna.

Este proceso de reabsorción se caracteriza por la destrucción de la corona principalmente de la destrucción -

del esmalte, la dentina y el cemento.

Haciendo un estudio radiográfico la reabsorción se -
presenta como un proceso carioso el cual se denomina "CARIES
DEL DIENTE RETENIDO", sabiendo de antemano que no puede ha-
ber caries en una retención total.

C A P I T U L O I I

ANATOMIA DEL CANINO Y SU RELACION CON LOS DEMAS DIENTES

Para hablar sobre un diente retenido deberemos de conocer su anatomía normal del diente y su relación con los - demás dientes para poder compararlo con lo patológico.

El canino superior ocupa el tercer lugar a partir de la línea media, tanto en la arcada superior como en la inferior, situándose uno para el lado derecho y el otro para el izquierdo.

La calcificación de la corona una vez implantado el germen dentario, principia entre los cuatro y los seis me-ses de edad, y termina su calcificación aproximadamente a - los seis años de edad, sabiendo que su erupción normal es - entre los once y doce años de edad.

La calcificación de su raíz termina entre los doce y los trece años de edad que es cuando se lleva a cabo la formación de su agujero apical.

El canino es el diente de mayor longitud, su corona es de tipo conoide y la raíz es hasta 1.8 veces mayor que la corona.

Se considera al canino como de los más fuertes pilares desde el punto de vista protesico.

RELACION DEL CANINO CON LOS INCISIVOS

1. La corona del canino tiene casi la misma longitud que el incisivo central superior.
2. La corona presenta los mismos lóbulos de crecimiento que el central, superior sabiendo que el lóbulo centro labial es el más largo, el Disto labial un tercio más corto y el lóbulo mesio labial es un poco más largo que el Disto labial.
3. La corona del canino es más escarpada que la del central superior, esto se debe en parte a un menor desarrollo de los lóbulos mesiolabiales y Disto Labiales en todas

direcciones.

4. Los márgenes Mesial y Distal convergen en grado variable al fusionarse en una línea cervical convexa.

5. El Diámetro Mesiodistal es notablemente más convexo, que el del incisivo central, a causa de la Prominencia del Lóbulo Centrolabial.

6. En el canino, los tres lóbulos labiales se desarrollan más ampliamente hacia la cara lingual, casi sin dejar ninguna concavidad como las que se encuentran en los tercios inicial y medio del incisivo central.

El canino está formado por cinco caras que son:

1. Cara Labial
2. Cara Mesial
3. Cara Distal
4. Cara Lingual
5. Cara Incisal

1. Cara Labial. Esta es bastante lisa y no contiene las marcas horizontales que presentan otros dientes.

2. Cara Mesial. La superficie Mesial es casi recta

en sus tercios Medio e Incisal y convexo en el cervical, - por lo general la superficie es lisa en dirección cervico - incisal en dirección labiolingual la cara mesial es ligeramente convexa.

3. Cara Distal. Es poco más corta que la mesial en dirección cervico inicial su superficie es generalmente más convexa pero su inclinación es menos perceptible y en la región cervical puede haber concavidad poco profunda.

4. Cara Lingual. Es más pequeña que la labial a - causa de las convergencias de las superficies Mesial y Dis- tal, la cara lingual está limitada por la prominencia margi- nal Mesial y se le considera el cuarto lóbulo de crecimen- to.

5. Cara Incisal. Está formada por los brazos Me -- sial y Distal los cuales forman un ángulo de cien grados en la punta de la cúspide.

El brazo Distal de la cara Incisal es más larga que el Mesial.

C A P I T U L O I I I

FACTORES ETIOLÓGICOS QUE INTERVIENEN EN LA RETENCIÓN DE LOS CANINOS

Dentro de las etiologías la explicación más lógica y acertada en la incidencia de dientes retenidos, es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos.

Por esto, Nodine nos refiere que desde hace doscientos años se considera a la civilización, responsable de la disminución o falta total del estímulo que excite un desarrollo adecuado de los maxilares humanos.

Con referencia a esto NODINE y otros autores nos refieren que la dieta moderna es la causa por la que el hombre moderno presenta dientes retenidos ya que no existe un estímulo necesario en la fuerza de la masticación.

NODINE nos sugiere que la causa de diente retenido o anormal es:

- A) La alimentación artificial de los bebés
- B) Hábitos de infancia y niñez
- C) Alimentos blandos y dulces
- D) Mezclas o dietas desproporcionales

CAUSAS LOCALES DE RETENCION:

Según Berger las causas de la Retención son:

1. Densidad de Hueso que lo cubre
2. Falta de espacio en maxilares poco desarrollados
3. Pérdida prematura de Dentición Primaria
4. Indebida retención de Dentición Primaria
5. Irregularidad en la posición y presión de un --
diente adyacente.
6. Inflamaciones crónicas
7. Cambios inflamatorios del hueso por enfermedades
exantemáticas en los niños
8. Enfermedades adquiridas como la necrosis debida-
a la infección de abscesos.

CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION

Berger considera que las causas sistémicas de retención son las siguientes:

1. Causas Prenatales

- a) Herencias
- b) Mezcla de Raza

2. Causas Postnatales son 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.

3. Condiciones raras:

- a) Disostosis cleido craneal
- b) Oxicefalia
- c) Progenia
- d) Acondroplasia
- e) Paladar Fisural.

A) Disostosis Cleido craneal. Es una alteración -
congenita rara, en la que existe una osificación defectuosa
de huesos craneales, existe ausencia parcial o total de clá
vículas y dientes supernumerarios rudimentarios.

B) Oxicefalia es la llamada "CABEZA CONICA" cuya -
parte superior es puntiaguda.

C) Progeña es el envejecimiento prematuro, y es un
infantilismo caracterizado por estatura pequeña, ausencia -
de vello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris y ac
titudes de anciano.

D) Acondroplasia. Es una enfermedad del esqueleto-
que principia en la vida fetal y produce una forma de ene -
nismo ya que el cartilago no se desarrolla normalmente.

E) Paladar fisurado. Es una enfermedad la cual se-
manifiesta principalmente por una fisura congenita localizada
en la línea media.

Los caninos son los últimos dientes en erupcionar y-
por lo tanto son los dientes más expuestos a las influencias
desfavorables del ambiente.

Los caninos erupcionan entre dientes que ya están en

oclusión y entran en competencia por el espacio, con los segundos molares, generalmente también en erupción.

Rohrer comprobó que los caninos superiores retenidos, se presentan 20 veces más frecuentes que los caninos inferiores y demostró que la retención por Palatino es 3 veces más frecuente que por labial.

Sabemos que el canino inferior en contraste presenta menos retenciones y cuando se presentan lo hacen generalmente por labial y en muy raras ocasiones por lingual.

También se comprobó que la mayoría de los casos de retención se presentan en mujeres, esto se debe principalmente ya que los huesos del cráneo y de los maxilares son más pequeños que en los hombres.

Existen además de los factores etiológicos de las retenciones en general otros factores que también son causantes de las retenciones de los caninos superiores.

Dowe nos describe los siguientes factores:

1. Que los huesos del paladar duro, tienen mayor resistencia que el hueso alveolar.

2. La mucosa que recubre el tercio anterior del paladar, es más gruesa, densa y resistente, por lo tanto es el tejido que más firmemente se adhiere en la cavidad oral.

3. Normalmente el desarrollo apical ayuda bastante en la erupción de los dientes, mientras que en el canino esta ayuda está disminuida ya que en el momento de su erupción, la raíz se encuentra más formada que cualquier otro diente permanente.

4. La distancia que necesita recorrer un canino desde su desarrollo hasta la oclusión normal es mayor que en cualquier otro diente, y existe por lo tanto un porcentaje mayor de desviación.

5. Retardo en la absorción de las raíces de los caninos temporales.

6. El diámetro Mesio Distal del canino temporal, es menor que del permanente por lo tanto existe un menor espacio para que logre su erupción normal.

7. Otras de las causas pueden ser el cambio en la posición o condición del canino temporal, el cual puede ser causado por caries o por la pérdida prematura de los mola -

res primarios, por lo cual puede ocasionar fácilmente una -
desviación en la posición y dirección del germen permanente.

C A P I T U L O I V

TRASTORNOS QUE ACOMPAÑAN A LOS CANINUS RETENIDOS SUPERIORES

Los principales trastornos que acompañan a los caninos retenidos son los siguientes:

1. TRASTORNOS MECANICOS
2. TRASTORNOS INFECCIOSOS
3. TRASTORNOS NERVIOSOS
4. TRASTORNOS TUMORALES

1. TRASTORNOS MECANICOS. Los caninos retenidos pueden actuar mecánicamente sobre los dientes vecinos, logrando como resultado la anormal colocación de los dientes en el maxilar y la mandíbula produciéndose rizolisis, alteraciones en dentina y muchas veces en la pulpa, debido princi

almente a la presión constante que ejerce el canino sobre su diente adyacente.

2. TRASTORNOS INFECCIOSOS. Una de las alteraciones que puede presentarse, es la infección del saco pericoronario. Esta infección puede presentarse como resultado de la complicación de una afección periodóntica o apical de un diente vecino e inclusive puede ser por la vía Hemática.

El resultado de la infección del saco pericoronario puede traer como consecuencia lo siguiente: Inflamación, aumento de la temperatura local, dolor, absceso y por lo consiguiente la fistula, osteitis, osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales y muchas veces puede llegar a afectar a las fosas nasales y al seno maxilar.

Tratándose de caninos retenidos, la infección no es muy común, ya que generalmente la mucosa queda intacta. En caso de presentarse, puede ser causa de erosión o caries del diente.

Las alteraciones quísticas en el folículo dental son más comunes. El quiste dentigero se forma alrededor de la corona del diente radiográficamente se observa un espacio anormal grande entre la cripta del hueso y el contorno del

diente, lo que indica que el quiste se está formando.

La presión ejercida por el canino enquistado puede causar trastornos como la malposición dentaria, rizolisis de dientes vecinos y dolor fuerte.

3. TRASTORNOS NERVIOSOS. Muchas veces esta presión que ejerce el diente sobre sus vecinos, o sobre troncos mayores puede ser la causa de la Neuralgia del Trigémino.

El científico Glaserman menciona un caso de ataques epilépticos que se sucedían con frecuencia, los cuales iban acompañados de dolor nasal, y desaparecían con la extracción del canino retenido.

4. TRASTORNOS TUMORALES. Son quistes dentígenos originados en la hipergénesis del saco folicular, se dice que todo diente retenido se les considera como un quiste en potencia.

Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso pues el quiste en su crecimiento rechaza centrifugamente al diente retenido.

Existe otro tipo de tumores como en el caso de épu -

lis citado por Maurel, y otro caso presentado por Loos en - que habla de un tumor maligno originado por un diente retenido, sin embargo, este tipo de tumores es raro que tenga su origen de un diente retenido.

Otros pacientes se quejan de una sensación indefinible de presión que puede causar insomnio, nerviosidad y aún problemas mentales.

Zumbidos frecuentes en forma retumbante del oído a - fecciones de los ojos las cuales implican que pacientes se quejen de oscuridad de visión en algunas horas del día, - otros más que tienen ceguera.

Fracturas. La frecuencia con la que se presentan - las fracturas en la mandíbula a nivel de los dientes retenidos, demuestran que éstos son un factor de debilitamiento - a causa del desplazamiento del hueso.

C A P I T U L O V

CLASIFICACION Y POSICION DE LOS CANINOS RETENIDOS

Todavía no se ha explicado la razón por la cual los Caninos Retenidos Superiores se encuentran 20 veces más que los Caninos Retenidos Inferiores, ni tampoco se ha podido establecer la causa por la cual se presentan tres veces más en Palatino que por Labial o Bucal.

En el maxilar superior los Caninos Retenidos se presentan generalmente en rotación sobre su eje longitudinal - y en posición oblicua, en muchas ocasiones también se pueden presentar en posición horizontal.

Es importante determinar la posición de un Canino Retenido antes de la intervención quirúrgica. Esto se podrá-

realizar con un buen examen radiológico. Hay sin embargo, algunas causas que pueden investigarse como:

A) Puede existir un abultamiento bien marcado sobre el paladar, este abultamiento se podrá determinar por medio de la palpación el cual puede sentirse sobre el lado bucal o labial del maxilar.

B) Muchas veces en las retenciones horizontales en que la corona del Canino Retenido está en contacto con el tercio medio o gingival del incisivo lateral puede usarse como gufa.

C) En las retenciones labiales, en las cuales la corona del canino está en contacto con la corona hacia labial o bucal y el tercio apical de la raíz del lateral hacia el lingual.

Si hacemos una relación de los Caninos Superiores Retenidos desde el punto de vista patológico, podemos ver y establecer un cuadro de acuerdo a esta patología.

POSICION LABIAL:

A) Corona Alta. O sea corona que se encuentra por-

arriba de los apices de los dientes anteriores.

- B) Corona contra las raíces de los incisivos.
- C) En posición transversal.

POSICION PALATINA O LINGUAL

- A) Superficial o contra el cuello de los incisivos
- B) Profundo o contra los apices de los incisivos

POSICIONES ATIPICAS

- A) En el seno maxilar
- B) En el piso de la órbita
- C) En el piso de las fosas nasales
- D) En la pared nasocentral
- E) Entre el primero y el segundo premolar

POSICIONES INTEREDIAS

- A) Corona arriba de los apices anteriores
- B) Corona entre el incisivo lateral y el primer pre
molar

Los Caninos Superiores los podemos encontrar mucho -

más frecuente en las siguientes posiciones:

1. Con la corona del diente retenido sobre la zona-palatina y el cuerpo de la raíz sobre la superficie del maxilar superior, con la corona del diente retenido sobre la cara bucal y la raíz extendiéndose lingualmente de las raíces de los Premolares Superiores.

2. En el paladar con la corona localizando por lingual del incisivo lateral y su raíz extendiéndose hacia a -trás paralelamente a la raíz en los premolares.

3. En pacientes

4. Retención bilateral sobre el paladar y sobre la-bucal.

5. Todo el diente colocado en la superficie bucal.

CLASIFICACION:

Los Caninos Retenidos Superiores se pueden clasifi -
car en:

A) Retención Intraósea: Es cuando el diente se en-cuentra totalmente recubierto por tejido óseo.

B) **Retención Subgingival:** Es cuando el diente Retenido se encuentra solamente cubierto por la mucosa gingival.

Existe otra clasificación de acuerdo a la dirección de su eje mayor del canino y es la siguiente:

- A) Posición Vertical
- B) Posición Horizontal
- C) Posición Angular

La clasificación de los Caninos Retenidos Superiores de acuerdo a su situación en el maxilar es:

Clase I Caninos Retenidos localizados en el paladar.

- A) Vertical
- B) Horizontal
- C) Semi-vertical

Clase II Son los Caninos Retenidos localizados en la superficie vertical del maxilar superior.

- A) Vertical
- B) Horizontal
- C) Semi-vertical

Clase III Caninos Retenidos localizándose en los huesos palatino y maxilar, la corona está en el paladar y

La raíz se encuentra entre las raíces de los dientes adyacentes terminando su ángulo agudo sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

Clase IV Caninos que se encuentran Retenidos en el proceso alveolar, entre el incisivo, y el primer premolar - en posición vertical.

Clase V Caninos Retenidos localizados en el maxilar superior desdentado.

C A P I T U L O VI

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Como sabemos, la causa principal de la retención de los caninos es por obstáculos que impiden la erupción normal del mismo.

A pesar de esto en todo tratamiento quirúrgico es necesario conocer las indicaciones y contraindicaciones con el objeto de tener un mayor control del caso a tratar.

INDICACIONES

1. Mal posición de los dientes contiguos: La presión que ejerce el diente interrumpido en su erupción, puede causar versión, desplazamiento, y también rotación de los incisivos laterales..

2. Absorción de las raíces de los dientes: Vecinos, producida generalmente por la presión de la corona del diente retenido.

3. Caries del diente retenido o de los dientes contiguos.

4. Uolor: Este es un síntoma común asociado al diente retenido, la mayoría de las veces es de tipo neurálgico-referido al ojo, oído, seno maxilar, hueso frontal, cara, - cabeza, y zona de los maxilares localizados tanto en la parte superior, obteniéndose alivio casi inmediato con la avulsión.

5. Irritación o desajuste de las dentaduras totales artificiales: Cualquier aplicación de prótesis dentales sobre el reborde alveolar de la mandíbula o maxilar, transmiten presión sobre el tejido óseo aumentando la circulación-normal, causando irritación o la estimulación del diente retenido a erupcionar.

6. Infección: la infección es rara, excepto cuando se difunde el ápice del diente a partir de un diente primario retenido o por infección de un diente contiguo que pudiese llegar al saco pericoronario del diente retenido.

7. Tumores o Quistes Dentigeros. Estos tumores o quistes se originan en los sacos foliculares que rodean las coronas de los dientes.

Aunque muchas veces pueden estar asociados a cualquier diente, los dientes más comúnmente afectados por quistes son los caninos y los terceros molares incluidos, sabiendo que los quistes se presentan más en la mandíbula que en el maxilar.

CONTRAINDICACIONES:

1. Enfermedades del aparato cardiovascular:

- A) Choque
- B) Insuficiencia cardiaca congestiva
- C) Angina de pecho
- D) Lesiones congenitas del corazón
- E) Hipertension
- F) Sincope
- G) Trombosis venosa y tromboflebitis
- H) Endocarditis bacteriana
- I) Neurosis cardiaca
- J) Cardiopatfa reumática
- K) Infarto del miocardio

Ocurre entre el 50% y el 80% que se puede desarrollar

endocarditis bacteriana en enfermos de fiebre reumática, para evitarlo se puede administrar penicilina antes y después de la exodoncia.

Se encuentran dos problemas en pacientes con terapia anticoagulante:

1. Si se suspende el nivel de protombina retorna a la normalidad sufriendo fatales accidentes tromboembólicos.

2. Hemorragias post-operatorias prolongadas

ENFERMEDADES EN GLANDULAS ENDOCRINAS Y ORGANOS DE RE PRODUCCION

- A) Osteitis fibrosa quística
- B) Hipopituitarismo
- C) Bocio coloide simple
- D) Hipotiroidismo- Mixedema Juvenil
- E) Hipertiroidismo

ENFERMEDADES DEL TUBO DIGESTIVO

- A) Tetanos

- B) Brucelosis
- C) Fiebre tifoidea

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

- A) Asma
- B) Pleuresia
- C) Absceso pulmonar
- D) Cuerpos extraños en los pulmones
- E) Neumonía
- F) Edema pulmonar agudo
- G) Sinusitis

ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

- A) Leucemia
- B) Anemia
- C) Agranulocitosis
- D) Hemorragias
- E) Mononucleosis infecciosas

DIFERENCIAS NUTRICIONALES Y ENFERMEDADES DEL METABOLISMO

- A) Enfermedades por carencia
- B) Gota

- C) Obesidad
- D) Xantomatosis- Metabolismo de lípidos

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- A) Lepra
- B) Actinomicosis
- C) Sífilis
- D) Linfopatía
- E) Tuberculosis

CONTRAINDICACIONES LOCALES

En realidad hay pocas contraindicaciones de los Caninos Retenidos a saber:

1. En casos raros en que se pudiera haberse cerrado el lugar, y todos los dientes se encuentren en posición normal, o bien cuando no haya alguna alteración aparentemente, pero por regla general siempre se deberá hacer su extracción.

2. Cuando el Canino se puede llevar a su posición normal por combinación de cirugía y ortodoncia, o por procedimientos quirúrgicos.

C A P I T U L O V I I

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El examen radiográfico en realidad está considerado como parte de la historia clínica ya que es uno de los métodos que más se utilizan como medio auxiliar en la odontología.

Las radiografías nos van a permitir saber si existe caries en un diente, si existe una prótesis, si existe otro tipo de obturación, tomando del diente y raíz, si existe alguna infección, la relación de los dientes con la tuberosidad, la relación de las raíces con el seno maxilar.

Las radiografías nos van a ayudar a dar un diagnóstico antes de hacer una intervención, logrando por resultado menor traumatismo de tejidos, disminución de tiempo operato

rio, una mejor cicatrización y mejor color post-operatorio.

Las radiografías que se utilizan generalmente se dividen en:

- A) Intraorales
- B) Extraorales

Radiografías Intraorales:

Las Radiografías Intraorales nos van a ayudar para visualizar los caninos retenidos principalmente la clase III horizontal, en que el canino está completamente retenido, en el cuerpo de la mandíbula y en menor grado en la clase I y II horizontal.

Las Radiografías Extraorales:

Cuando nos encontramos una clase III horizontal, la radiografía que más se utiliza es la extraoral, ya que el cuerpo mandibular opuesto se superpone al que tiene la retención. Para lograr esto es necesario colocar la película dental por medio de un portapelicula, en contacto con la rama y el cuerpo de la mandíbula en la cual se encuentra el diente retenido.

Radiografías Oclusales:

Las radiografías Oclusales entran dentro de las radiografías Intraorales, y estas radiografías nos van a revelar la posición bucolingual del Canino Retenido, para tomar esta película es necesario colocar la cabeza del paciente - lo más atrás posible y el rayo central se lleva en ángulo recto a través del borde inferior de la mandíbula. Estas radiografías son necesarias con el fin de utilizar por completo los Caninos Retenidos, también las radiografías oclusales son necesarias para localizar dientes que no alcanzaron su erupción normal.

Radiografías Bitewing:

Las radiografías Bitewing, son las únicas que visualiza las relaciones de las coronas en las clases I y II de caninos inferiores retenidos.

En este caso el rayo central se dirige en ángulo recto a través de la corona del lateral con una angulación de "0" grados.

Antes de atacar un problema quirúrgico de este tipo, debemos verificar con absoluta precisión, la clase a la que pertenece el Canino Retenido (Posición Palatina o Vestibu -

iar, el número de Caninos Retenidos y la distancia a los -
dientes vecinos) Para imponer el tipo de operación necesaria (vía de acceso, incisión, etc.) ya que solo así evitaremos operaciones mutilantes y lleno de contra-indicaciones.

Una buena radiografía debe mostrar lo siguiente:

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

También es de suma importancia conocer la porción radicular ya que el ápice de los caninos retenidos presenta - una pronunciada dilaceración.

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

1. Relación Vestíbulo Palatino:

Para elegir la vía de acceso, es necesaria esta relación. Aproximadamente un 85% de los Caninos Superiores Retenidos, presentan una posición palatina; pero para poder comprobar esto debemos tomar una radiografía, de la siguien

te forma:

Debemos colocar al paciente en posición vertical, para que el plano del arco dentario superior toma una forma horizontal y podremos poner una película radiográfica occlusal entre ambos maxilares.

La colocación del cono del aparato de rayos X deberá ser paralela a los ejes longitudinales de los incisivos, colocando dicho cono sobre el hueso frontal del paciente, -- aproximadamente a 2.5 cm de la eminencia frontal.

4. Siguiendo esta técnica, obtendremos una radiografía donde se aprecian los incisivos de tal modo que solo se percibe el corte del ecuador de cada diente sin que se vea la proyección de la raíz.

El Canino Retenido aparecerá por delante de la proyección de los dientes en el caso que se vea vestibular, y por detrás de la misma en caso de que sea de colocación palatina. Si la colocación del rayo fuera perpendicular a la placa podría suceder que el canino vestibular apareciera palatino.

2. Delimitación de Canino en plano Horizontal:

Algunos autores, aconsejan el siguiente método para localizar el Canino Retenido en el plano horizontal. Esta técnica se utiliza una radiografía oclusal con el rayo central, perpendicular a la película y pasando por los premolares, lo cual evita que los rayos secundarios den una imagen incorrecta del diente.

3. Delimitación del Canino en el plano sagital:

Si deseamos esta delimitación, la técnica a seguir se logra con la obtención de tres placas radiográficas las cuales denominaremos así:

- A) Anterior
- B) Media
- C) Posterior

A) Anterior. La película se coloca en el lado palatino haciendo coincidir la línea media de la placa con el espacio inter-incisivo, siendo la dirección del rayo la forma común.

B) Media. Haremos coincidir el borde anterior de la radiografía periapical con el espacio antes mencionado. La placa se coloca verticalmente y el rayo es normal para este tipo de tomas.

C) Posterior. En esta toma se hace coincidir el - borde anterior de la placa con la cara distal del incisivo-lateral, siendo la dirección del rayo normal.

Una vez reveladas las radiografías, colocaremos en - el negatoscopio una orden de P-M-A y A-M-P y obtendremos el diente ubicado en el plano sagital y sus relaciones con -- dientes órganos vecinos.

Delimitación del Canino en el plano Vertical

• Para la Delimitación del Canino en este plano coloca remos una placa que bien puede ser de tipo oclusal o extra-oral sobre la mejilla opuesta al Canino Retenido, dirigiendo el rayo central de manera que atraviese el maxilar en - sentido horizontal e incida perpendicularmente a la placa.

C A P I T U L O VIII

HISTORIA CLINICA

Antes de pensar en realizar, algún tratamiento, ya sea quirúrgico o preventivo, debemos de guiarnos sobre la historia clínica, con el objeto de conocer el grado de sa -
lud del paciente.

Es necesario que el cirujano dentista tenga profun -
dos conocimientos sobre los procesos patológicos con el fin
de valorar los resultados de un tratamiento de un paciente.

El cirujano dentista también tiene que estar capaci -
tado para saber cuando utilizará la anestesia local o gene -
ral, para poder conseguir todo ello, necesitará reunir la -
suficiente información para poder obtener los objetivos de -
seados.

Por eso el instrumento que más se puede utilizar para este objetivo, es el lograr una muy buena historia, la cual el paciente debe sentir que las preguntas a las que se le someten, tienen una gran importancia en relación al tratamiento que va a ser ejecutado, y que no sólo es una curiosidad del médico.

Principalmente la historia clínica nos servirá para poder identificar a nuestros pacientes, y saber el curso del tratamiento que lleva efectuado, ya que si tenemos un mayor control de nuestros pacientes, evitaremos situaciones desagradables.

Existen dos razones importantes por las que se deben de hacer una buena historia clínica:

1. Es muy importante en primer lugar porque dependiendo de ella habrá éxito o fracaso en el tratamiento del paciente, por ejemplo: realizando una buena historia clínica, se podrá elegir el tratamiento adecuado en ese paciente.

2. Porque a través de una historia clínica podremos saber su estado de salud y así mismo evitar situaciones desagradables que pueden poner en peligro la vida del paciente.

Existe una diversidad en la forma de realizar las -

Historias clínicas ya que cada médico tiene su manera de -
realizarla, la mayoría de las veces la historia clínica vie
ne impresa con el objeto de evitar un tiempo exagerado al -
hacer la historia, y al mismo tiempo para no omitir algún -
dato que sea necesario.

Siempre será necesario la presencia de un odontogra-
ma, para hacer las anotaciones necesarias en la exploración
dental, como obturaciones mal ajustadas como procesos pato-
lógicos, en la cavidad bucal, alteraciones en el contorno -
gingival, etc.

A pesar de esto existe la opinión generalizada de -
que las historias clínicas deben hacerse en hojas blancas,-
para poder poner todo lo que el paciente nos está refiriendo,
sin omitir algún dato que después nos sea necesario a -
la hora de realizar el tratamiento correspondiente.

Las historias clínicas se deberán hacer en privado,-
para no inhibir al paciente, y debe de seguir una secuencia
con el objeto de que sea más fácil el interrogatorio.

Una buena historia clínica se divide en:

1. Ficha de Identificación.

2. Ficha de Exploración:
3. Pruebas de laboratorio
4. Plan de tratamiento
5. Pronóstico
6. Diagnóstico
7. Evolución
8. Observación

A continuación explicaremos cual es el fin de dividir la historia clínica en estas partes y que buscare en cada una de ellas.

1. Ficha de Identificación. Esta Ficha de Identificación nos servirá para localizar los datos del paciente, - así como para recordar la secuencia del tratamiento del mismo.

La ficha de identificación consta de los siguientes datos:

- A) Edad
- B) Sexo
- C) Nombre Completo
- D) Fecha de nacimiento
- E) Lugar de Nacimiento

- F) Ocupación
- G) Dirección
- H) Fecha en que se realizó

Tomaremos en cuenta la ocupación para el diagnóstico porque existen enfermedades ocupacionales.

2. Ficha de exploración: En esta etapa de nuestra historia clínica podremos descubrir generalmente los signos y síntomas que presenta el paciente ante un padecimiento.

Siempre nos basaremos en una serie de datos, de los cuales algunos nos lo da el paciente, y otros los tendremos que obtener nosotros por medio de la observación interrogatorio, y exploración propiamente dichos.

La exploración la podemos dividir en:

- A) Aspecto físico del paciente
- B) Motivo de la consulta
- C) Estudio de cabeza, cara y cuello
- D) Exploración de la cavidad bucal
- E) Enfermedad actual
- F) Antecedentes patológicos familiares

- G) Antecedentes patológicos personales
- H) Antecedentes personales no patológicos
- I) Aparatos y sistemas.
 Aparato digestivo, Aparato cardiovascular, Aparato respiratorio, Aparato genital, Aparato renal, Sistema endocrino, Sistema nervioso, Sistema hematopoyetico.
- J) Pruebas de laboratorio
- K) Estudio radiográfico
- L) Modelos de estudio

A) Aspecto físico del paciente:

Este punto es el primero que debemos de tomar en cuenta ya que a nuestros pacientes los vamos a observar desde que entran al consultorio por primera vez, tendremos que observar su motilidad, si no existe bradipsiquia Bradilalia, el peso, estatura aproximada, así mismo su nerviosismo, ansiedad depreción y dificultad respiratoria. Existen muchas veces en que el paciente presenta lesiones en las partes descubiertas como los brazos, cara, los cuales podrian estar relacionados con la enfermedad de la cavidad oral, por lo tanto tendremos que remitirlo al especialista.

B) Motivo de la consulta:

Al empezar la plática con el paciente debemos indagar cual es el problema o procedimiento, o sea debemos anotar los signos o síntomas que motivaron la consulta.

Este punto es muy importante ya que por lo general podemos obtener bastantes y precisos datos acerca del paciente.

En este punto agregaremos acerca de los que observamos en esta enfermedad, como podría ser: fecha de iniciación, si existe dolor, intensidad, tipo, duración, si es exponéptico o provocado, etc.

C) Estudio de cabeza, cara y cuello:

Cuando llega el paciente al consultorio, debemos deobservar en la cabeza lo siguiente:

1. Asimetrías
2. Presencia de lesiones
3. Agrandamiento o deformidad del cráneo
4. Cicatrices en el cuero cabelludo.

En todos estos tipos de anomalías debemos de observar que tan patológico puede ser, debemos preguntar el -

tiempo transcurrido, así como la molestia que puede dar este.

A la cara es a la que debemos darle una mayor importancia, puesto que se encuentra, reflejada en ella el estado en el que se encuentra el paciente, ya sea durante el interrogatorio o durante el tratamiento.

En la cara observamos lo siguiente:

1. Lesiones cutáneas
2. Asimetría
3. Hipertrofias
4. Parestesias
5. Expresión facial
6. Color de la piel y de los ojos
7. Cicatrices
8. Importancia de las cejas
9. Problemas patológicos

Otras partes de las que deben de explorarse cuidadosamente son: movimientos funcionales de la mandíbula, articulaciones, presencia de tumefacciones dolor en la articulación, chasquido de la articulación hipertrofia, etc.

Con respecto al cuello, observamos:

1. Forma
2. Color
3. Textura
4. Si no existe Adenopatía
5. Movilidad de la traquea en la deglución
6. Palpitación de la glándula Parotida, Submaxilar-
y Sublingual
7. Inspección de cadenas ganglionares, principalment
te la Submandibular, submental, y la esternomas-
toidea.

D) EXPLORACION DE LA CAVIDAD BUCAL

Para hacer una buena exploración, de la cavidad, es necesario la inspección de cada uno de los tejidos en una forma ordenada y total.

El orden de exploración será el siguiente:

1. Labios: En los labios tendremos que observar ta
maño, forma, color, textura, presencia de lesiones tanto en
la boca abierta como en cerrada.

2. Mucosa Labial: Esta mucosa se inspeccionará gi-
rando los labios en el sentido de su situación, es decir, -
el labio inferior hacia abajo y el superior hacia arriba, -

también tendremos que observar el color, la forma, y alguna irregularidad existente.

Por medio de la palpación nos podremos dar cuenta la configuración, la presencia de orificios o cualquier irregularidad de los frenillos como adherencias, etc.

3. Mucosa Bucal: Se palpará la mucosa principalmente para determinar el controno, configuración, orificios de la glándula parotida, y la presencia de las lesiones o patologías.

4. Pliegues Mucobucales: Tendremos que hacer la palpación y la observación de los pliegues mucobucales lo que conocemos como fondo de saco se tendrá que observar su textura, color, y si no existe alguna alteración.

5. Paladar: Haremos una palpación del paladar duro, tomaremos en cuenta la unión de paladar duro con paladar blando, la uvula y los tejidos faringeos anteriores, anotando su configuración, coloración, contorno, y presencia de alguna anomalía.

6. Lengua: Se tendrá que explorar tanto en posición normal como en extrusión de la misma, haciendo movimientos de lateralidad, se palpará para determinar su tamaño, forma,

consistencia, se inspeccionara con objeto de observar sus - movimientos funcionales, la presencia o no de papilas y si no existe alguna patologia.

7. Piso de la boca: En el piso de la boca tendre - mos que observar si no hay algún torus o exostosis, si exis - te alguna obstrucción o alternado en las salidas de los con - ductos de las glándulas salivales.

8. Encfas: Principalmente observamos el color, tex - tura, forma, consistencia, tamaño y se tendrá que buscar al - teraciones como inflamación, hipertrofias ulceraciones o al - gún otro procedimiento patológico.

9. Dientes: Hay dos tipos de exploración: la arma - da y la desarmada, la armada nos sirve para hacer pruebas - como las siguientes: Térmicas, de vitalidad, de Movilidad, Inspección paradontal, Medición de Intersticio gingival.

Con estas pruebas nos podemos ayudar a buscar algu - nos tipos de padecimientos dentales como por ejemplo: ca - rries, defectos estructurales del esmalte, malas posiciones, piezas obturadas, diferencias entre el tamaño y color, tra - tamiento de endodoncia, y tiempo de efectuado, si el pacien - te ha usado aparatos ortodonticos, durante que tiempo y que

resultados obtuvieron, si hubieron desgastes oclusales y - cual fue la causa, si hubieron bolsas paradontales y profundidad de la misma, anotando si estas bolsas son infra o supra óseas, si las extracciones se hicieron por caries o traumatismo o por otras causas.

10. Cierre: El cierre se tendrá que observar tanto en posición funcional, como en posición de descanso, esto - es por saber que tipo de oclusión, y si esta oclusión está produciendo el padecimiento que aqueja el paciente.

E) ENFERMEDAD ACTUAL; Este punto es muy importante puesto que nos daremos cuenta exacta de la magnitud del problema, que aqueja a nuestro paciente, y el cual puede ser - de origen local o sistémico pudiendo tener manifestaciones - en boca.

Cuando existe un padecimiento debemos de interrogar al paciente lo siguiente: Fecha o el tiempo aproximado de su aparición, secuela o curso que ha seguido, cambios que - el paciente hubiera notado, causa o problema que desencadenó el problema, dolor, en el caso de que exista se preguntará intensidad, tiempo de duración, respuesta hacia los analgésicos, y la manera de presentarse si es espontánea o provocada.

En el caso de que exista un padecimiento actual, tendremos que preguntar nombre y teléfono del médico tratante, con el objeto de corroborar los signos y síntomas que nos ha manifestado el paciente y saber el tiempo de tratamiento que deba prestársele.

F) Dentro de estos antecedentes, se deberá de interrogar al paciente sobre la edad, salud, y causa de los padecimientos de los familiares, ya sea padres, hermanos, esposa e hijos, también incluiremos una anotación sobre infecciones contagiosas como sería la tuberculosis, y las enfermedades de predisposición familiar como sería gota, diabetes, cáncer, etc. ya que como es sabido, en un momento dado pueden su mecanismo de acción en la decadencia familiar al transmitirse por vía sanguínea o genética, lo cual presentaría problemas que pondrían en peligro la vida del paciente.

Antecedentes

Traumafuncionales

Traumáticos

Quirúrgicos

Fímicos (Tuberculosis)

Loéticos (sífilis)

Diatéticos (Diabetes)

Alergias

DEBEMOS BUSCAR EN LA BOCA:

1. Movilidad dentaria
2. Aliento cetónico
3. Presencia de bolsas paradontales
4. Resorción de crestas alveolares
5. Encías edematosas y sangrientas
6. Microangiopatías
7. Macroglobia
8. Caries
9. Anodoncia Parcial o Total

PRUEBAS DE LABORATORIO

Este tipo de pruebas nos sirven para aclarar el estado de salud del paciente, y en caso de cirugía ver con claridad su estado de salud. Las pruebas que necesitamos son:

1. Biometría hemática
2. Tiempo de sangrado
3. Tiempo de coagulación
4. Tiempo de protombina
5. General de orina
6. Química sanguínea
7. Concentración de Protombina

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Es conveniente hacer este estudio porque nos servirá para llegar a un mejor diagnóstico, y para poder llevar satisfactoriamente el tratamiento.

Hay dos tipos de radiografías: Intraorales y Extraorales, como la Panoramica o Ortopantomografía.

INTRAORALES:

- A) Peripaciales
- B) Ocluciales
- C) De aleta mordible

EXTRAORALES:

1. Panoramicas
2. Laterales
3. Para cefalometrias

MODELOS DE ESTUDIO:

Debemos de tomar impresiones para tener modelos de estudio, y así nos podemos ayudar para lograr un buen trabajo en el tratamiento, y a su vez darnos cuenta en que condi

ciones llega el paciente.

A) Diagnóstico: Después de haber hecho un estudio completo, debemos de llegar forzosamente a un diagnóstico, y a continuación anotando en la historia clínica para que no haya ninguna confusión en el tratamiento.

B) Pronóstico: Cuando ya sepamos en que condiciones se encuentra el paciente, tendremos que dar el pronóstico ya que por medio de él nos daremos cuenta del éxito o fracaso del tratamiento y se lo tendremos que comunicar al paciente.

C) Plan de tratamiento: Después de tener un diagnóstico y un pronóstico debemos de planear el tratamiento, este plan lo podemos dividir en tres partes:

1. Tratamiento pre-operatorio: Medición al paciente.
2. Tratamiento trans-operatorio: Que intervenciones debemos hacer en el tratamiento con ese paciente.
3. Tratamiento Post-operatorio: Medicación después de las intervenciones.

D) Tratamiento: Se va a llevar a cabo según el plan que hayamos trazado anotando todo lo que hagamos, para que en cualquier momento podamos anotar todo tal cual -

los efectuamos.

E) Evolución: En esta parte se deberá de anotar - la evolución que haya tenido el paciente paso a paso.

F) Observaciones: Aquí anotaremos las cosas más - importantes que hayamos hecho durante el tratamiento, los medicamentos que tomó el paciente, su tipo de sangre, nombre del médico, la institución donde trabaja en caso de -- emergencia o complicación.

G) ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: Estos antecedentes serán relacionados principalmente con el paciente, y procederemos a hacer una serie de anotaciones, una - de las principales infecciones y enfermedades que el paciente haya padecido, los principales estados alérgicos, - intervenciones y heridas anteriores así como ingreso a hospitales o a clínicas, y se tendrá que interrogar al paciente sobre antecedentes patológicos que tengan relación con el padecimiento actual.

H) ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS PERSONALES: Aquí - investigaremos principalmente sobre todas las causas no patológicas que pudieran incrementar el padecimiento del paciente, como sería vivienda y alimentación y ocupación; hábitos.

1. Vivienda: Se preguntará acerca de su hogar con respecto a: cuantos cuartos si se encuentran bien ventilados, cuantos baños presenta la misma y para cuantas personas.

2. Alimentación: Interrogaremos al paciente sobre el tipo de alimentación, si está bien balanceada, y cantidades de ingesta de carbohidratos.

3. Ocupación: Se tomará en cuenta el tipo de ocupación, que tiene el paciente ya que puede existir diferentes tipos de enfermedades ocupacionales.

4. Hábitos: Tendremos que informarnos acerca de sus hábitos como sería el fumar, tomar café, la ingestión de bebidas alcohólicas en grado extremo, o bien adicciones hacia alguna droga.

I) APARATOS Y SISTEMAS: En esta parte de la historia debemos hacer un interrogatorio especial porque por medio de eso nos podríamos dar cuenta si hay alguna alteración orgánica que el paciente no haya notado, aunque no lo haremos preguntando por la enfermedad en sí, sino dando síntomas o preguntando si no ha sentido alguno.

Algunos de los síntomas que podemos preguntar son:

APARATO RENAL:

1. Nicturia: (Necesidad de orinar durante la no -
che)
2. Policruia: (Necesidad continua de orinar)
3. Edema Pelpebral: (Hinchazón de los párpados)
4. Piuria: (Presencia de pus en la orina)
5. Disuria: (Dolor al orinar)
6. Hematuria: (Sangre al orinar)

APARATO CARDIOVASCULAR

1. Mareos
2. Oliguria Ortostática. (Ganas de orinar al acostarse y se quitan al po -
nerse de pie)
3. Fragilidad Capilar
4. Tensión arterial y pulso
5. Lipotomias (Desmayos)
6. Cefaleas (Dolor de cabeza)
7. Edemas de tobillos
8. Disneas (Dificultad al respirar)
9. Palpitaciones
10. Dolor Percordial

APARATO DIGESTIVO:

1. Polifagia
2. Disfagia
3. Dolor de estómago
4. Estreñimiento o diarreas
5. Nauseas o vómitos
6. Anorexia
7. Molestias en la región hepática
8. Dispepcia (Dificultad en la digestión)
9. Disfagia (Dificultad al tragar)

SISTEMA NERVIOSO:

1. Sueño
2. Parálisis
3. Temblor
4. Antecedentes de convulsiones
5. Problemas emocionales
6. Irritabilidad

APARATO RESPIRATORIO:

1. Tos Frecuente
2. Epistaxis (Hemorragias nasales)
3. Disneas. (Tomando en cuenta que pueden ser va -

rias causas ejm: tabaquismos, asmáticas, digestivas, etc.)

4. Expectoraciones frecuentes
5. Cianosis (Falta de oxigenación en la sangre)

APARATO GENITAL

1. Menstruación
 2. Embarazo
 3. Lactancia
 4. Menopausia
- Enfermedades

SISTEMA ENDOCRINO

El principal padecimiento de este sistema, será la diabetes, y acerca de ello podemos preguntar lo siguiente:

1. Pérdida de peso
2. Poliuria
3. Polifagia
4. Antecedentes de diabetes en la familia
5. Polidipsia

C A P I T U L O IX

ANESTESIA

Observando las contraindicaciones ya mencionadas, - en cirugía bucal, el siguiente paso será la selección del - anestésico adecuado, y la premedicación ya mencionada, y adecuada con el objeto de tener un mayor éxito en nuestro - propósito.

Un buen anestésico debe de crear lo siguiente:

1. Elevar el umbral doloroso
2. Controlar las arcadas
3. Controlar los trastornos motores
4. Mitigar la apresión, ansiedad, o miedo
5. Controlar la secreción de las glándulas salivales
6. Controlar el efecto tóxico de los anestésicos
7. Disminuir la tensión analgésica

La selección del anestésico será determinada, por las condiciones físicas, edad y temperamento, por el tipo o extensión de la intervención, por las condiciones de la zona, por el conocimiento del fármaco y técnica de aplicación del dentista.

Los narcóticos ofrecen gran posibilidad como drogas integrantes de la premedicación ya que elevan el umbral doloroso, en concentraciones débiles de 10 mg por ml y pequeñas dosis - que excedan de 40 mg a 50 mg en tiempo determinado, siendo conveniente la vía endovenosa.

Los atáxicos son más ventajosos en combinación con barbitúricos o narcóticos, empleando dosis pequeña.

La premedicación de la anestesia general debe de variar dependiendo de cada persona por las razones siguientes:

1. Aliviar la aprensión y produciendo un grado de amnesia, antes de la anestesia.
2. Aliviar el umbral doloroso cuando sea necesario.
3. Disminuir la actividad metabólica
4. Producir un sueño reparador antes de la anestesia y la cirugía.

5. Moderar la salivación excesiva
6. Deprimir la irritabilidad refleja.

Como sabemos los narcóticos son los analgésicos que aumentan el umbral doloroso. Los barbitúricos alivian la -aprensión y el temor, los atroxos producen somnolencia, y -- los derivados de la belladona deprimen la actividad parasimpática.

Cualquier anestésico debe tener las siguientes propiedades: Producir anestesia, de toxicidad general baja, - seguridad en la concentración eficaz, no debe de irritar al aplicarse localmente, debe de ser de corto tiempo para producir anestesia, estabilidad de la solución, solubilidad en el agua.

Según su estructura física los anestésicos se clasifican en:

1. Esteres de ácido benzoico:
 - a) Cocaina
 - b) Tetracaina
 - c) Etilio
 - d) Butacaina
 - e) Exilcaina
 - f) Ammo Benzoato

Esteres del ácido P - Amino Benzoico

- a) Butetamina
- b) Cloro procaína
- c) Procaína

Esteres del ácido Meta - Amino Benzoico

- a) Metabutaxicaína
- b) Ciclometicaína

AMIDAS

- a) Dibucaina
- b) Mepibacaina
- c) Prilicaina
- e) Lidocaina

ALCOHOLES

- a) Alcohol etílico
- b) Alcohol bencílico

LOS TIPOS DE ANESTESICO LOCAL SON:

1. Anestesia local superficial
2. Anestesia local por infiltración
3. Anestesia local por conducción
4. Anestesia local por bloqueo

TECNICAS DE ANESTESIA LOCAL:

Técnicas para anestésiar los tejidos del maxilar su
perior.

1. Inyección suprapariósitca
2. Bloqueo de los Nervios Palatinos Anterior y Esfenopalatino Interno
3. Bloqueo del nervio Suborbitario
4. Bloqueo del nervio Posterior
5. Bloqueo del nervio Maxilar Superior

**TECNICAS PARA ANESTESIAR LOS TEJIDOS DEL MAXILAR IN
FERIOR**

1. Bloqueo de los nervios dental inferior
2. Bloqueo de los nervios lingual y bucal
3. Bloqueo de los nervios Mentoniano e Incisivos

BLOQUEO DE LOS NERVIOS EXTRABUCAL:

1. Bloqueo del nervio maxilar superior
2. Bloqueo del nervio dental inferior
3. Bloqueo del nervio Mentoniano
4. Bloqueo del nervio Suborbitario
5. Bloqueo del nervio maxilar inferior

BLOQUEO DEL NERVIJO ALVEOLAR POSTERO-SUPERIOR

El bloqueo de este nervio también recibe el nombre de inyección cigomática, y consiste en la infiltración anestésica de las ramas del maxilar superior, que junto con las palatinas van a dar la inervación a los molares superiores. El nervio alveolar también llamado dental posterior, nace del nervio maxilar superior, y de ahí pasa al foramen alveolar posterior en la cara cigosomática de la tuberosidad del maxilar.

Para hacer el bloqueo de ese nervio, se toma como referencia el último molar, y el borde gingival del tercer molar superior, se introduce la aguja a través del repliegue mucoso de la región apical del primer molar con ángulo de 45°, la inyección se hará lentamente en este nivel.

Este bloqueo se utilizará principalmente para extracciones de premolares y molares pero combinándolo con el bloqueo del nervio palatino anterior. El nervio alveolar medio superior, puede quedar atrofiado por este procedimiento, esto es si se hace antes que el nervio entre al foramen.

BLOQUEO DEL NERVIOSUBORBITARIO

Este bloqueo también recibe el nombre de bloqueo infraorbitario, y consiste en la inyección del nervio infraorbitario que es rama del maxilar superior, así como de las ramas terminales que son nasal externa, nasal interna, labial superior y palpebral.

En este bloqueo quedaran involucrados los nervios que emergen del nervio infraorbitarios en la parte anterior del canal infraorbitarios, que son el nervio alveolar anterior-superior y medio, y el nervio alveolar postero superior.

Este tipo de bloqueo se utiliza cuando necesitamos analgésicos desde los incisivos hasta los premolares, y también se utiliza este bloqueo cuando existe alguna contraindicación para realizar la inyección supraperióstica.

En este bloqueo la referencia principal es el agujero infraorbitario, el cual se localiza por palpación inmediata por abajo de la escotadura infraorbitaria, donde se cruza la línea de la pupila con la de la nariz.

La punción se hace al nivel del pliegue de la mucosa bucal, manteniendo un dedo sobre el agujero infraorbitario, sabiendo que nunca se debe de introducir la aguja den-

tro del agujero infraorbitario más de 7 cm por el peligro - de llegar a la órbita debe de inyectarse de 1.5 a 1.8 de solución anestésica.

BLOQUEO DEL NERVIIO PALATINO

Este nervio da la sensibilidad principalmente de la mitad posterior de la bóveda palatina y de la mucosa de los cornetes de la nariz por lo tanto, el bloqueo se deberá de-realizar cuando el nervio sale del conducto palatino supe - rior.

La técnica consiste en una punción en el paladar a-nivel de la línea media, aproximadamente a un centímetro - del cuello de los centrales, pero como sabemos este tipo de punción es muy doloroso por lo que se recomienda primero ha-cer una punción intrapapilar, depositando una gota del anes-tésico y después hacer la punción necesaria.

Esta inyección nos va a producir analgesia de canino a canino y produce analgesia de la membrana mucosa y el pe-riostio del paladar.

Muchas veces para la extracción del canino retenido superior es necesario hacer el bloqueo de los agujeros pala

tinios posteriores con el objeto de obtener una analgesia - del periostio, y de las caras palatinas de todos los dientes.

BLOQUEO DE LOS NERVIOS DENTAL INFERIOR, LINGUAL Y BUCAL

El bloqueo del nervio dental inferior se deberá hacer antes de penetrar en su conducto el cual se encuentra situado en el centro de la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula.

La solución anestésica se colgará en el surco mandibular que contiene tejido conjuntivo laxo, el cual se encuentra atravesado por vasos y por el nervio dentario inferior.

Al bloquear el nervio dental inferior produciremos alguna analgesia de todos los dientes del lado inyectado menos del incisivo central ya que ellos reciben su inervación del otro lado.

La técnica para anestesiarse este nervio consiste en hacer la punción del vértice del triángulo ptérigomandibular, se palpa la fosa retromolar con el índice y colocaremós la uña sobre la línea miloidea.

La jeringa irá descansando sobre los premolares del lado opuesto, la aguja se irá introduciendo entre el hueso, músculos y ligamentos que lo cubren, donde se avanza unos - 15 mm hasta chocar con la pared posterior del surco mandibular donde se deposita 1.5 cc de solución anestésica al lado del nervio dentario inferior.

El nervio lingual se va a bloquear, por lo general, durante la inyección algunas gotas a la mitad del recorrido de la aguja.

PROBABLES ACCIDENTES EN LA APLICACION DEL ANESTESICO

Falta de anestesia. Puede llegar a ser por la variación de la densidad del hueso, si hay invasión anormal del campo operatorio o si hay falta de conocimiento anatómico de la región operatoria.

Caida del Párpado: Esta se produce si ponemos una inyección alta y profunda.

Anestesia de la Región Temporal: Esta se debe al depósito de la solución en una inyección mandibular, en una área atravesada por la rama, auricolotemporal.

Shock: Esta es una reacción más intensa, desciende bruscamente la presión arterial, hay pérdida de conciencia, y a veces requiere de medidas de emergencia.

Convulsiones: Este trastorno puede comenzar tanto al comienzo de la inyección como después de ella y se caracteriza por contracciones bruscas del cuerpo.

Parestesia: Aparece después de una inyección mandibular, y se caracteriza por una sensación de cosquilleo en el labio inferior, que dura bastante tiempo. Se debe a la lesión del tronco nervioso, lo cual se produce frecuentemente durante una extracción.

Lipotimia: Es un período de inconciencia debido a la anoxia cerebral. Los síntomas pueden ser: piel fría, - tensión arterial baja, palidez, etc.

PRECAUCIONES:

Se debe tener precaución cuando se tengan infecciones orales generalizadas.

Cuando el paciente sea demasiado joven para cooperar con el dentista.

Cuando haya infección en el punto donde deba deposi
tarse la solución.

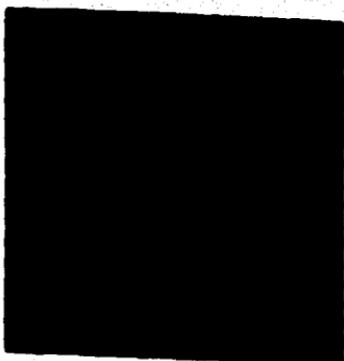
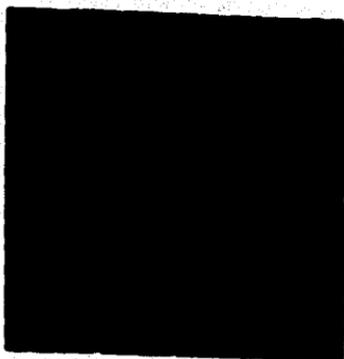
INDICE DE FOTOGRAFÍAS

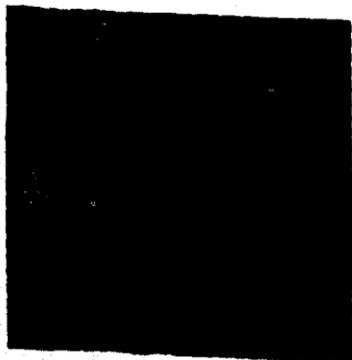
I. INYECCION SUPRAPERIOSTICA:

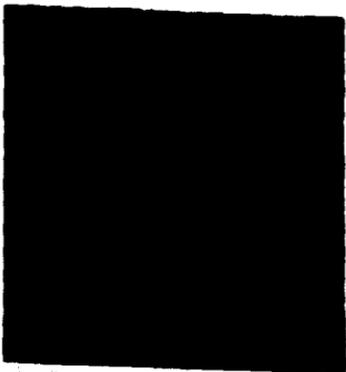
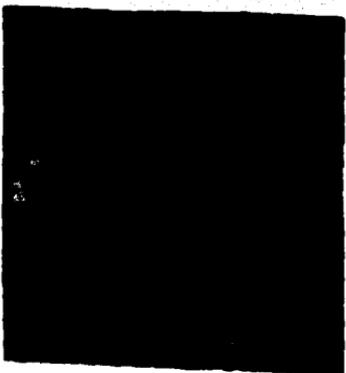
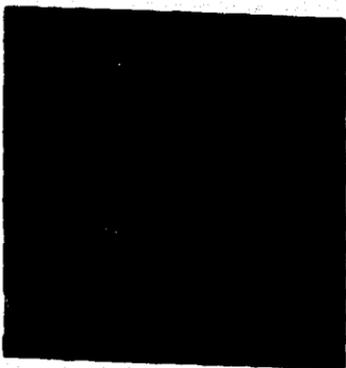
1. Inyección del nervio alveolar superior
2. Inyección del nervio alveolar superior medio
3. Inyección del nervio alveolar superoanterior
4. Inyección de los incisivos centrales superiores
5. Inyección de los incisivos laterales superiores
6. Inyección del canino superior
7. Inyección del primer premolar superior
8. Inyección del segundo premolar y raíz mesial del primer molar
9. Inyección de los incisivos inferiores

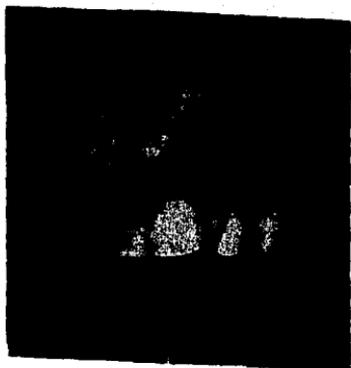
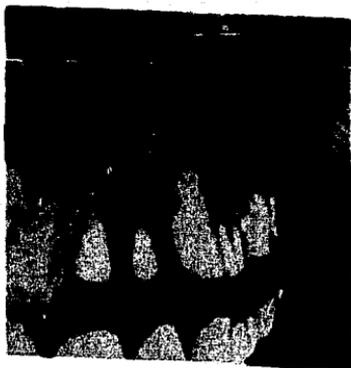
II. BLOQUEO DE LA CONDUCCION:

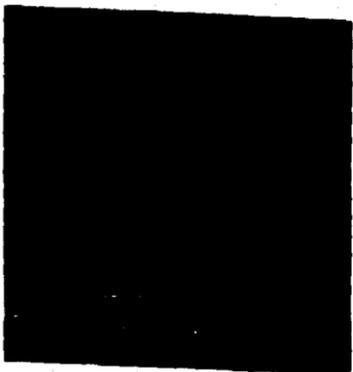
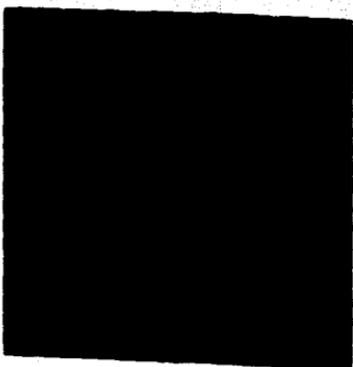
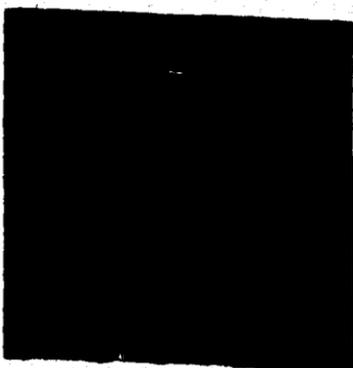
1. Inyección cigomática
2. Inyección Infraorbitaria
3. Inyección Mandibular
4. Inyección Mentoniana
5. Inyección Bucal
6. Inyección Lingual
7. Inyección Nasopalatina
8. Inyección Palatina Posterior
9. Inyección Palatina Parcial

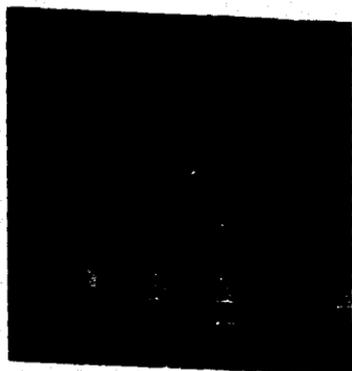
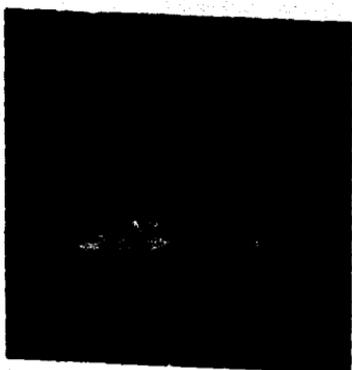
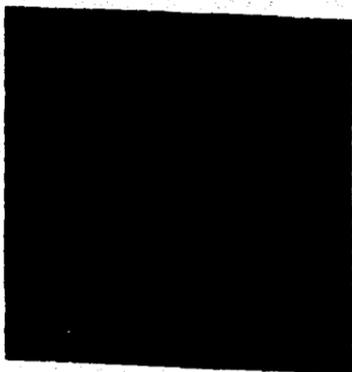


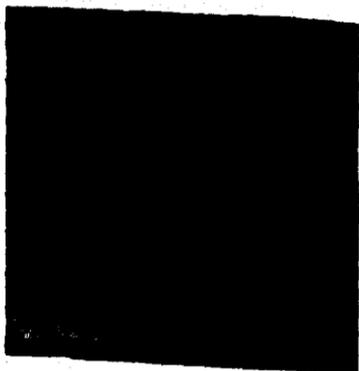


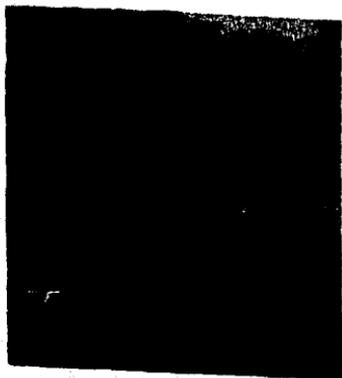
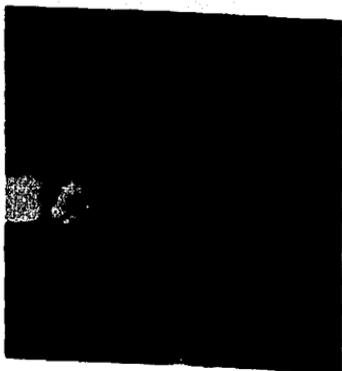
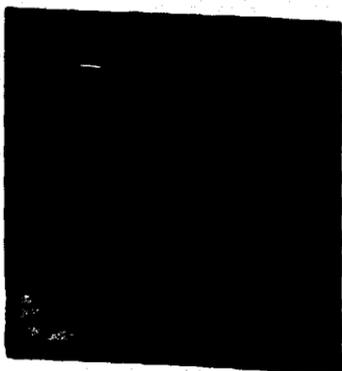


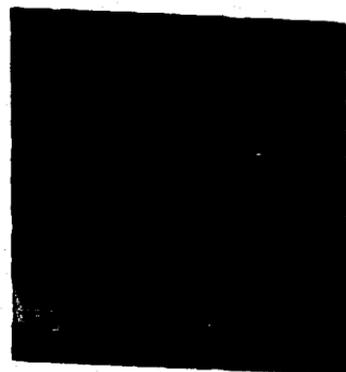
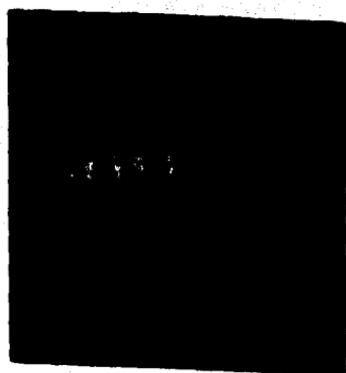
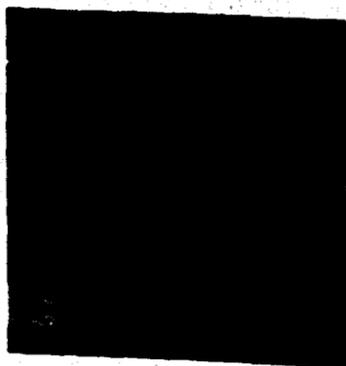


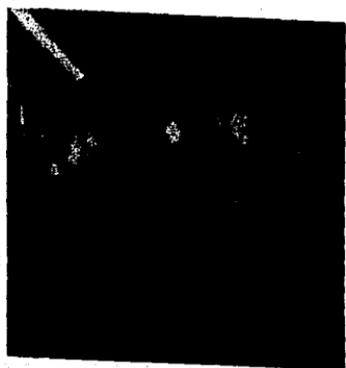
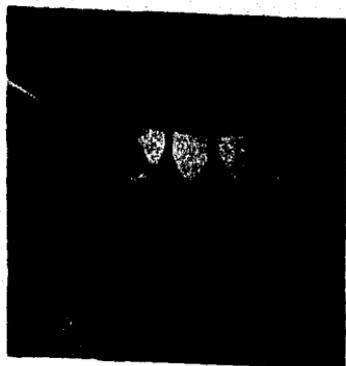
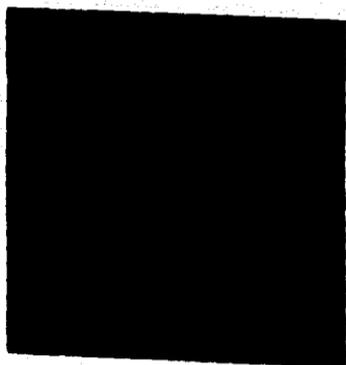


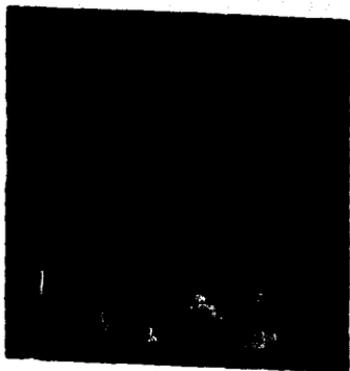


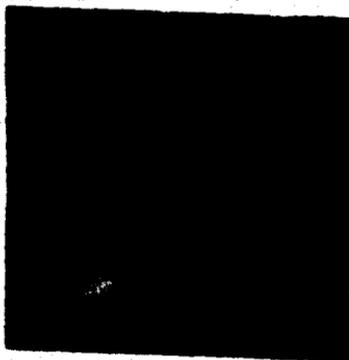


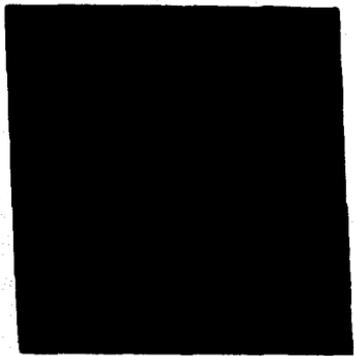
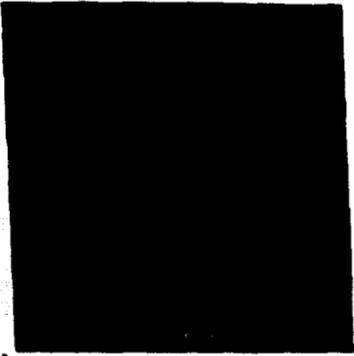
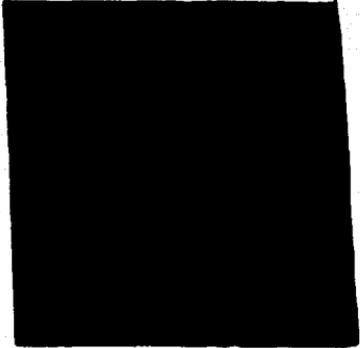
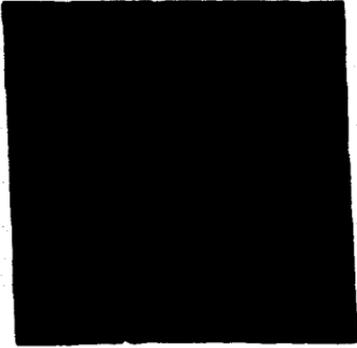
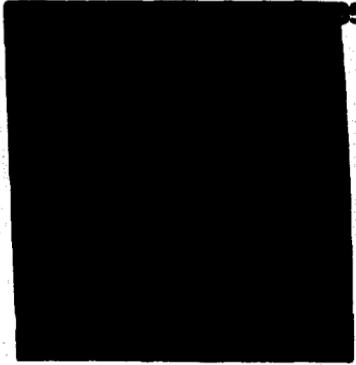
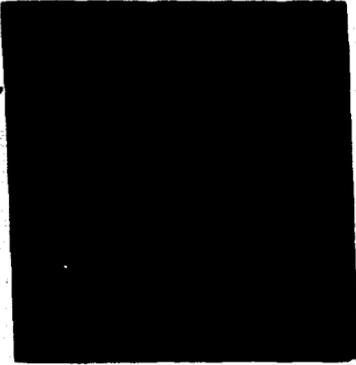


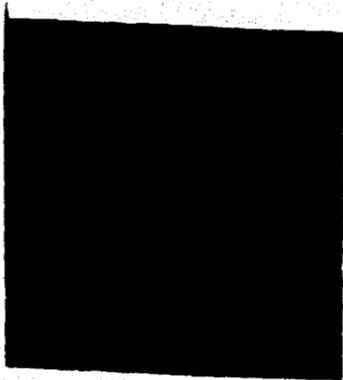
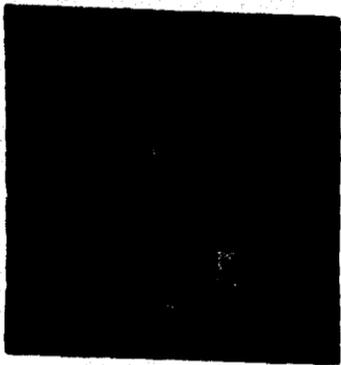




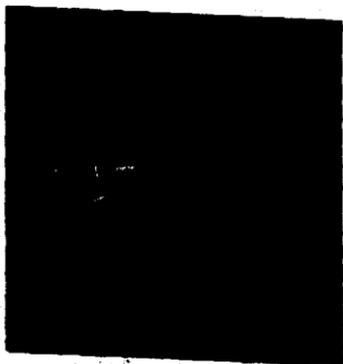
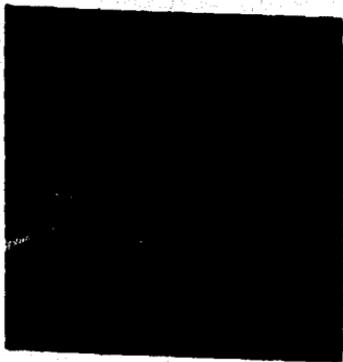
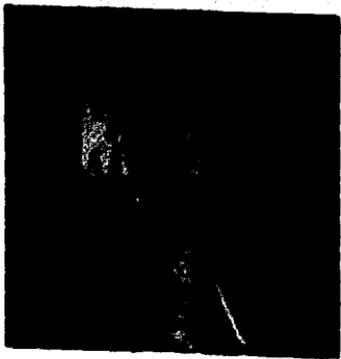


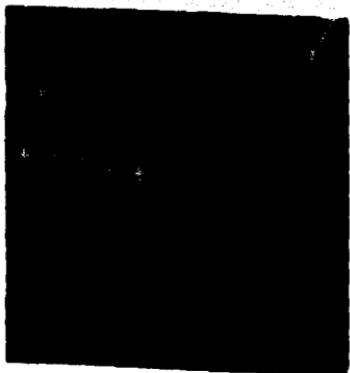
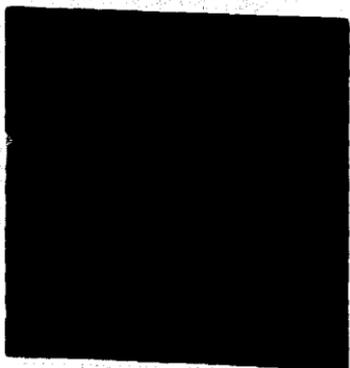


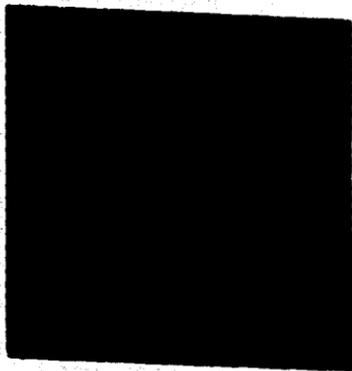
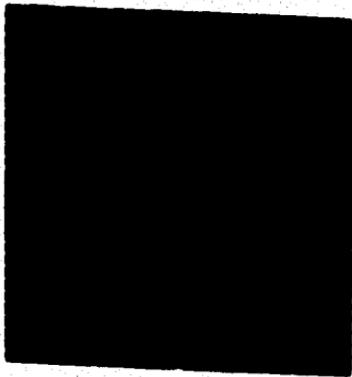


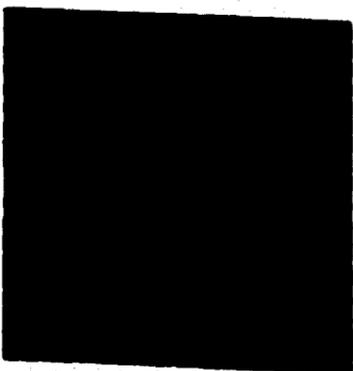
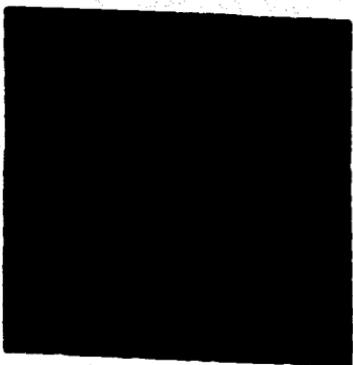
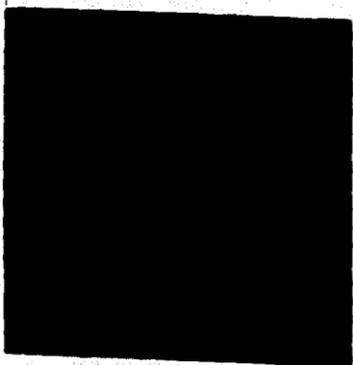


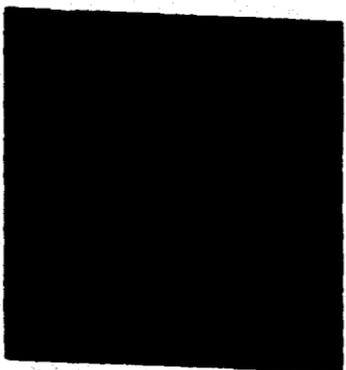
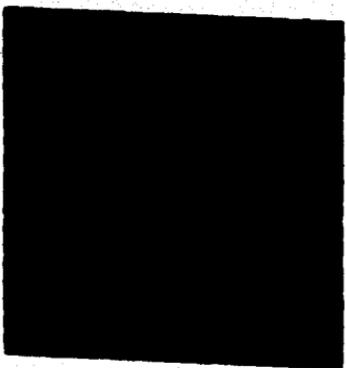
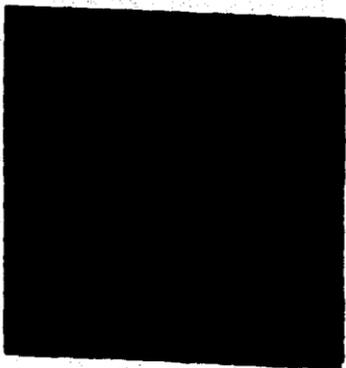
86

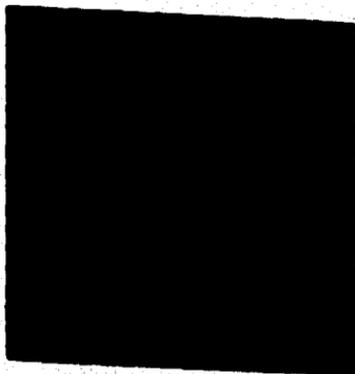
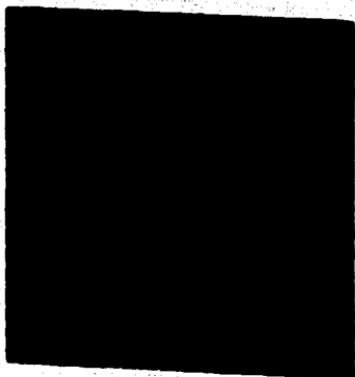
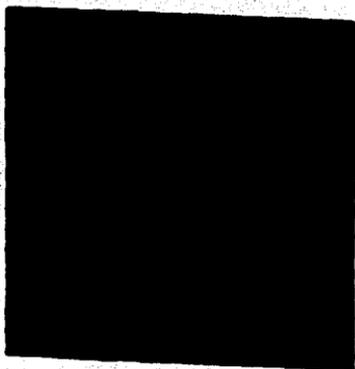


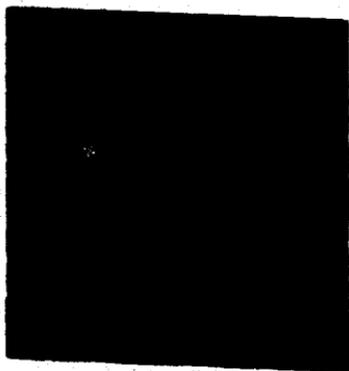
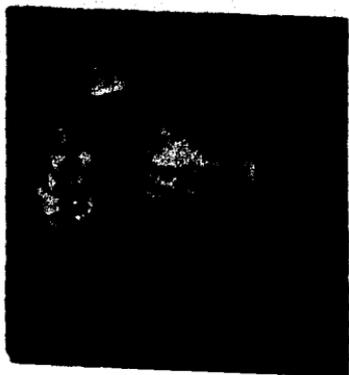
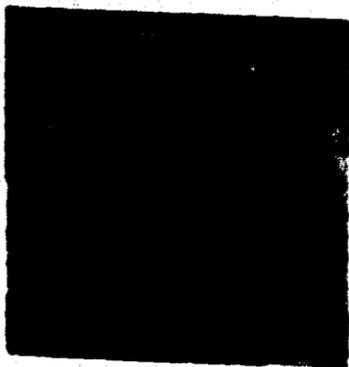












C A P I T U L O X

TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS

Para la extracción quirúrgica de los caninos, tenemos dos vías de acceso principalmente:

1. Vestibular
2. Palatina

Esta vía de acceso se elegirá de acuerdo al estudio radiográfico que hayamos realizado y de acuerdo a las indicaciones y contraindicaciones, dependiendo de la localización del canino, y así podemos saber que los caninos que se encuentran con la cara dentaria en palatino completamente, deberán de ser extraídos en palatino.

Los caninos que se encuentran colocados en lado pa-

latino, pero cerca de la arcada dentaria, y con un espacio entre el incisivo lateral y primer molar pueden ser extraidos haciendo el acceso por vestibular, y cuando la retención es francamente vestibular. sabremos que la vía de acceso será vestibular.

La vía vestibular es mucho más sencilla que la palatina, obteniendo mejor resultado, pero por desgracia la vía de acceso vestibular no siempre se puede llevar a cabo.

A) TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DEL CANINO POR VIA VESTIBULAR

Lógicamente esta vía es la que se utiliza cuando el canino se encuentra en posición próxima a vestibular o también cuando se puede tener acceso al diente por esta vía, - cuando se encuentre una zona desdentada ya sea parcial o total.

Cuando ya hayamos aplicado la anestesia la cual va a ir dependiendo de la localización del canino, y hayamos colocado al paciente de tal manera que nuestro campo operatorio quede a un nivel cómodo y fácil pueda ser el acceso - procederemos a entrar a la intervención propiamente dicha.

TECNICA OPERATORIA

1. **Incisión:** Esta incisión puede variar dependiendo de la posición del canino en relación con los demás dientes.

A) **Incisión de Newman:** Esta incisión es la más práctica en la cual se efectúa una incisión a nivel del segundo premolar, se dirige hacia abajo y delante hasta el borde libre de la encía continua, siguiendo el borde gingival hasta el lado mesial del incisivo lateral desde ahí se dirige hacia arriba para terminar a la altura del tercio apical del incisivo dental.

A este tipo de incisión también se le llama de cielo abierto ya que por lo grande de la incisión tendría una mayor visibilidad y se nos facilitaría la intervención.

B) **Incisión de Partsch:** Este tipo de incisión también recibe el nombre de semiluna y de ario, y mucho más pequeña que la de Newman, por lo tanto tendremos una menor visibilidad, la extensión de esta incisión deberá de ir más allá del sitio que se hará la intervención, con el objeto de tener un mayor soporte óseo.

C) **Incisión en Angulo:** La incisión en ángulo se utiliza cuando la posición del canino sea oblicua u hori -

zontal, y tenga una posición ligera antero-posterior, y su ápice se dirija hacia arriba.

Esta incisión es fácil de hacer, pero lleva una serie de inconvenientes como: nos da una visibilidad deficiente, del campo operatorio, además que al poner el colgajo en su sitio coincida con la cavidad ósea que formamos en la intervención.

Si recordamos los principios básicos, para un buen colgajo, sabemos que su base deberá ser amplia, para tener mayor irrigación sanguínea, deberemos de evitar los cortes con ángulo recto ya que el tejido se puede necrosar.

Otro principio básico es que al devolver el colgajo a su lugar este apoyado sobre hueso sano, y principalmente la mayor porción de dicho colgajo deberá de estar soportado por tejido óseo debidamente irrigado por vasos sanguíneos ya que los colgajos sin soporte óseo adecuado se retraen y en su momento dado se pueden romper los puntos de sutura.

2. Desprendimiento del Colgajo: Para el desprendimiento del colgajo como en otras técnicas quirúrgicas se utiliza por medio de un instrumento como de freer legra, etc.

3. Osteotomía: Este paso se puede realizar con un cincel automático o manual, o bien por medio de fresas quirúrgicas, siendo este último el medio de elección para la intervención, primero se hará unas perforaciones con una fresa de bola, con una separación de dos a tres milímetros de separación en cada perforación, después tendremos que unir estas perforaciones para poder retirar el hueso necesario.

La cantidad de hueso por eliminar estará dada principalmente por la técnica a utilizar, además es conveniente tener precaución al usar el cincel manual, ya que como se mencionó antes el hueso es mucho más frágil y puede sufrir una fractura y siempre deberemos de tomar en cuenta la cercanía de los senos tanto maxilar como nasal.

4. Extracción propiamente dicha. Una vez retirada la capa ósea, la extracción la podremos realizar de dos formas:

- A) Odontosección
- B) Extracción del diente completo

La odontosección se realiza con una fresa de fisura o de bola haciendo un corte con un ángulo de 45° , una vez realizado el corte, con un elevador de bandera se hará la-

extracción de la corona y para la extracción de la raíz se tendrá que hacer una perforación en la raíz, para después poder desplazarla hacia el exterior por medio de un elevador de ángulo.

Una vez retirado las partes se tendrán que unir y comparar con el objeto de saber si no existió alguna fractura de la raíz o algún otro tipo de problema.

Algunas veces puede ser necesaria una nueva sección de la porción radicular, cuando al dirigirla hacia adelante, no es suficiente el espacio abierto en el hueso para su extracción.

Cuando hacemos la extracción completa se usará un elevador recto o de ángulo para luxar el diente introduciendo el instrumento entre el diente retenido y el huso. Una vez luxado el diente tomaremos una pinza recta y se hará la extracción de diente completo.

5. Limpieza de la cavidad ósea. La cavidad ósea se inspeccionará por medio de una cucharilla quirúrgica, se extirpa el saco pericoronario y los restos óseos o dentarios.

Después con una lima para hueso haremos la regulari

zación de la zona, y los bordes óseos se eliminarán por medio de un Osteotomo.

6. SUTURA. Una vez irrigado e inspeccionado la zona procederemos a colocar el colgajo en su posición normal y colocaremos cuantos puntos sean necesarios.

B) TECNICA PARA LA EXTRACCION QUIRURGICA POR PALATINO

1. Estudio cuidadoso de las radiografías para determinar las relaciones y posiciones con los otros dientes y con el seno maxilar.

2. Clasificación del diente Retenido

3. Determinación del tipo de colgajo

4. Decidir el seccionamiento del diente facilitará la tarea de extracción y conservación del hueso.

B) TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA CLASE I

La técnica quirúrgica consiste en:

1. Una vez hecha la historia clínica y después del bloqueo de la región necesaria, con un bisturí # 12 se inciden los tejidos linguales alrededor del cuello de los dientes, el cual lo haremos desde el incisivo central y extendiéndonos hasta la altura del segundo premolar.

2. En el paladar hacemos una incisión vertical, empezando en el espacio interproximal de los incisivos centrales, la cual es de 4 cm aproximadamente después se separará el colgajo mucoso duro del medio hasta que encontremos perfectamente expuesta la estructura ósea, ahora podremos ver una prominencia en el hueso que sería la corona del canino.

3. Una vez localizado la corona del canino con un taladro o por medio de una fresa quirúrgica, para hueso, haremos una perforación a una distancia una de otra, de unos 3 a 4 milímetros, alrededor de la corona del canino retenido, teniendo en cuenta de no lastimar o perforar las raíces de los dientes vecinos.

4. Por medio de una fresa de fisura o de un escoplo y martillo uniremos estas perforaciones para poder realizar la osteotomía completa, siempre tenemos que aumentar la abertura por medio del escoplo y martillo, con el objeto de facilitar la extracción del diente retenido.

5. Existirán algunas veces, que no podremos abrir tanto la abertura, esto es cuando la corona del diente retenido se encuentra en contacto con las raíces de los incisivos laterales, o con los premolares, y se podrían lesionar. En este caso se aumenta la abertura sobre el lado, opuesto de la corona separando la raíz.

6. Una vez que se ha realizado la Osteotomía y que tenemos expuesta la corona, con un elevador apexo sobre cada lado de la corona y con un doble movimiento de elevación se trata de levantar el diente. Si no tenemos el éxito en este intento entonces tendremos que agrandar la abertura haciendo el levantamiento otra vez.

Si todavía no logramos la extracción del diente podremos utilizar un forceps No. 220 con un movimiento rotatorio, este forceps se utiliza mucho cuando la raíz del canino retenido termine en punta y al utilizar un elevador podremos producir una fractura del tercio apical.

7. Una vez hecha la extracción del diente retenido, tendremos que limpiar los restos, se sacan todas las esquirlas del hueso y se regularizan bordes, colocaremos sulfadimidoma cristalina en la abertura.

8. Después colocaremos los puntos que sean necesarios.

rios ya que hayamos bajado el colgado.

9. Se coloca un apósito de gasa sobre el paladar - a nivel de la superficie oclusal, y hay que mantenerla en - el lugar durante 4 horas.

Existen varias técnicas, que varían según la clasificación de la retención, pero algunas de ellas resultan - muy traumáticas, como sucede con las técnicas para las clases I y III.

Algunos autores, recomiendan para la extracción de caninos Clase I, se dice que son traumáticas por la incisión que hay que hacer en la fibromucosa palatina, lo cual además de ser muy molesto para el paciente, existe el riesgo - de lesionar los tejidos y provocar una neurosis de los mismos. La técnica que emplean los autores es la siguiente:

1. Con una hoja No. 12 se hace una incisión de los -- tejidos palatinos, alrededor de los cuellos de los dientes, desde el incisivo central hasta la cara distal del segundo premolar del lado en el que se va a intervenir.

2. Con una hoja No. 15 y a partir de la papila interdental entre los dos incisivos centrales, se hace una incisión longitudinal de 4 cm. por el centro del paladar. Se

separa el colgajo mucoso del paladar duro, con el fin de dejar expuesto completamente el hueso. Una vez hecho esto, - se podrá apreciar la eminencia en el hueso y en algunas ocasiones se observará parte de la corona del canino.

3. Con una fresa para hueso o un taladro, se harán una serie de perforaciones alrededor de la corona del canino, dejando una separación de 3 mm entre cada una y con mucho cuidado para no dañar las raíces de los dientes vecinos.

4. Por medio de una fresa o escoplo y martillo se unen las perforaciones y se elimina la capa del hueso que - cubre al canino. Se aumenta el diámetro de la abertura hasta que se ve completa la corona del canino.

5. Solo se hará excepción de esta regla si la corona del diente retenido estuviera en íntimo contacto con las raíces de los dientes vecinos, pues se lesionarían al que - dar expuestas, en dicho caso se ampliará la abertura hacia - el lado opuesto, con fresas para hueso o se corta la corona del canino.

6. Una vez expuesta la corona, se introduce el elevador apical de cada lado de la corona y con doble movimiento de elevación se trata de elevar el diente de su lecho.

7. Si no se logra se ampliará la abertura y se repetirá la operación.

8. Se limpiarán todos los restos, se sacan las esquirlas de hueso y se suavizan los bordes del alveolo. Si existe folículo dentario se retira, se vuelve a colocar el colgajo en su sitio y se sutura.

La incisión longitudinal en paladar no se utiliza mucho porque se traumatizan mucho los tejidos, además que el post-operatorio resulta muy doloroso y molesto al paciente; otro motivo por el cual no debe hacerse la incisión, es porque al suturar además de correr el riesgo de causar lesiones irreversibles en la fibromucosa palatina, la misma tracción que empleamos al anudar el material de sutura, puede provocar la mala readaptación de los tejidos blandos al festonado que debe quedar el contacto con el cuello de los dientes. Hay que hacer notar que al hacer una incisión en el campo del paladar, el mismo cirujano se está limitando en el campo visual, ya que no tiene un colgajo amplio.

Para levantar el colgajo se deberá emplear una legra para ir desbrindando poco a poco la fibromucosa palatina; el bisturi solo se empleará para seccionar las papilas interdentarias en su vértice el colgajo deberá hacerse desde la cara distal del primer molar superior derecho, hasta-

la cara distal del primer molar superior izquierdo. Si al levantar dicho colgajo, el paquete vasculonervioso anterior nos presentara cierta resistencia, basta con traccionar hacia abajo la fibromucosa y seccionar el paquete con tijeras.

Siempre deben emplearse fresas quirúrgicas, y manteniendo una constante irrigación a base de suero fisiológico o solución salina para evitar un calentamiento del hueso y por tanto una ostiomielitis.

No deben emplearse cinceles, martillo, ni impacto - ges, pues en un momento dado no podemos controlar la fuerza del impacto y podemos ocasionar la penetración del diente - a la nariz o al seno maxilar también debemos tomar en cuenta que desconocemos el espesor y la resistencia del hueso - que cubre al diente que vamos a extraer, y podemos provocar una fractura del hueso palatino o lesionar algunos de los - dientes adyacentes.

Para evitar la exposición y la lesión de las raíces de los dientes vecinos, debemos localizar y ubicar al diente retenido correctamente.

La extracción deberá hacerse a base de los elevadores rectos para evitar una fuerza de palanca excesiva, o un punto de apoyo incorrecto.

Para evitar el agrandamiento constante de la ventana ósea, más de lo debido, esta deberá hacerse amplia desde un principio, procurando no exagerar el tamaño de la misma para no destruir - el hueso de balde.

En muchos casos ningún forceps pudiera penetrar en un espacio tan reducido, a menos que sacrifique y mutile tejidos en exceso.

Siempre habremos de hacer un curetaje después de haber extraído el diente retenido, pues a simple vista no vamos a darnos cuenta de la existencia o ausencia del saco follicular; a continuación debemos regularizar los bordes del alveolo, para no dejar superficies óseas cortantes que irriten y agredan constantemente a los tejidos blandos; se lavará toda la zona para eliminar cualquier resto o astilla de hueso que hubiera quedado, se espera que el alveolo se llene de sangre y se adosa la fibramucosa al hueso, planchándola con gasas húmedas hasta lograr que ocupe o llegue a su estilo correcto.

Se dejara una gasa húmeda para que el paciente ejerza cierta presión con la lengua, por espacio de una hora a hora y media. La sutura solo debe usarse en casos de complicación o en caso de endodoncia parcial, ya que en esas zonas la fibromucosa no encontrará la adhesión ni la protec

ción que en un momento dado pueden brindarle los dientes.

Si el cirujano lo considera pertinente o necesario, puede colocarse una placa palatina de acrílico, con el fin de facilitar la adhesión de la fibromucosa al hueso, mantenerla en su lugar y protegerla de una agresión que la desprenda o bien para prevenir un hematoma post-operatorio.

Por descuido del paciente, el desprendimiento parcial del colgajo, a los ocho días de operado; el paciente tenía un puente fijo del lateral izquierdo al primer molar derecho, y al tratar de retirar restos alimenticios de él - tratándolo con un palillo dental, le lastimó y facilitó la penetración de fluidos bucales y alimentos; se tuvo que levantar nuevamente el colgajo, hacer un lavado y legrado y se volvió a adosar.

El canino formaba el piso del seno maxilar y al extraerlo, se veía el movimiento de la mucosa del seno; antes de terminar la intervención, la paciente respiró con fuerza y se perforó dicha mucosa; ello impidió que la fibromucosa se quedara en su lugar cuando se adoso el hueso, razón por la cual se tuvo que recurrir a la sutura, y además colocar apocitos de cemento quirúrgico, con el fin de prevenir una complicación mayor y una infección al seno; el póst-operatorio y la recuperación de los tejidos fue amplia

mente satisfactorios.

C) TECNICA PARA LA EXTRACCION DE AMBOS CANINOS RETENIDOS EN LA BOVEDA PALATINA

Muchas veces podemos encontrar que existen la retención de ambos caninos los cuales generalmente presentan una posición inclinada de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás, aunque algunas veces podemos encontrar en posición horizontal.

Una de las preguntas que pudieran sugerir es, si hay que hacer la extracción de los dientes al mismo tiempo o primero uno y después el otro, pero se ha llegado a la conclusión en una retención simple en un adulto sano puede ser efectuada al mismo tiempo.

También debemos de pensar que siempre habremos de hacer la extracción de los caninos en una misma sesión ya que el paciente puede presentar una doble intervención y sería mucho más traumático, existen muchos casos en los cuales hay retenciones difíciles y por lo que se recomienda la extracción por separado.

TECNICA QUIRURGICA

1. La única incisión conveniente, es el desprendimiento del colgajo palatino, para lo cual el corte se iniciará a nivel de la cara distal del primer molar izquierdo, deberemos de tomar en cuenta siempre la ubicación de los ápices de los caninos.

2. El desprendimiento del colgajo se podrá realizar con una espátula de Freyer y utilizaremos la técnica como si fuera Palatina uniradicular. El colgajo se podrá fijar por medio de unos puntos de sutura con el objeto de tener una mayor facilidad.

3. La osteotomía y la extracción del diente se practicará como en la técnica Palatina unilateral, el objeto será descubrir la corona del diente retenido para hacerla eliminación por odontosección, posteriormente se hace la extracción de la raíz por medio de la técnica ya mencionada.

La extracción del canino retenido se hará con el elevador recto o angulado, la que tendrá un punto de apoyo en la cara de la raíz que mira hacia la línea media.

4. Se hará la eliminación del saco pericoronario con una cucharilla quirúrgica y los bordes óseos se alisan-

con fresas quirúrgicas y se limpia con limas para hueso.

5. Después de hacer la limpieza de la cavidad, sellamos nuestro colgajo y lo llevamos a su sitio por medio - de una almohadilla quirúrgica se hará la compresión necesaria.

La mayoría de los casos en que actúen por Palatino - no habrá necesidad de suturar, pero si esto fuese indispensable se pasarán de 3 a 4 puntos en los sitios más accesibles.

D) TECNICA ALTERNADA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS, CLASE 1

La técnica quirúrgica consiste en:

1. Una vez que la corona del diente sea expuesta - parcialmente, con una fresa dentada grande se secciona, el - cual va a ser que haya pérdida de substancias dentarias y - con lo cual permite levantar la corona hacia atrás, sin mo - lestar los dientes bajo los cuales está apoyado.

2. Después de retirada la corona haremos una perfo - ración en la raíz y con un elevador de ángulo o de bandera - haremos la extracción de la raíz, usando siempre el hueso - palatino como de punto de apoyo.

3. Después de la osteosíntesis y extracción del diente, tendremos que limpiar perfectamente y con una cuchilla quirúrgica retiramos el coágulo, el saco pericoronario, etc. y con la lima alisaremos los bordes.

4. Una vez realizado el curetaje necesario pondremos una almohadilla quirúrgica la cual se coloca gasa húmeda en la parte intermedia y se le indica al paciente que ejerza cierta fuerza con la lengua sobre el paladar, durante una hora a hora y media aproximadamente.

E) TÉCNICA PARA LA EXTRACCIÓN DEL CANINO RETENIDO - CLASE III

Como sabemos la clase III, es cuando la corona del canino se encuentra por Palatino y la raíz por vestibular - y su técnica quirúrgica consiste en:

1. Una vez bloqueada la zona, la incisión se hace alrededor del cuello de los dientes y de ahí hacia el surco bucal en un ángulo de 45°.

2. Después se levanta el colgajo por medio de un periostomo o con una espátula de Free. Al colgajo podremos ponerle unos puntos para sujetarlo, con el objeto de tener-

una mayor visibilidad de la zona a intervenir.

3. Osteotomía. La lámina bucal se elimina con fresas o con esoplo siguiendo la técnica ya mencionada pero teniendo cuidado de no hacer las perforaciones muy profundas, con el objeto de no lastimar el seno maxilar y a las raíces de los dientes vecinos.

4. Extracción del diente. Debemos de remover el diente de su lugar con un elevador, pero si esto fracasa - tendremos que hacer la osteosíntesis de la corona, haciendo un colgajo por Palatino haciendo la osteotomía en este si-tio para descubrir la raíz, la cual será retirada a través de la abertura bucal por medio de un instrumento Romo como un elevador.

5. Una vez hecha la extracción procedemos a hacerla limpieza retirando el saco pericoronario por medio de - una cucharilla quirúrgica, y con una lima para hueso se li-man los bordes.

6. Terminada la intervención se baja el colgajo y - se sutura, colocaremos un apósito de gasa sobre la herida, - el cual mantendrá 4 horas aproximadamente.

F) TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINO RETENIDO - EN PACIENTES EDENTULOS

Para realizar la extracción del canino retenido en un paciente edentulo, la vía de elección es la vestibular - ya que la ausencia del diente facilita la operación. En general todos los casos de caninos retenidos en pacientes -- edentulos pueden resolverse por esta vía a menos que el canino se encuentre en un plano muy profundo o sea próximo a la bóveda y lejos de la tabla externa.

En este tipo de extracciones debemos de tener cuidado y preverse los riesgos de una fractura de la tabla ósea vestibular, lo que traería consigo problemas posteriores; - por lo que se recomienda hacer la odontosección, que hacer presiones peligrosas e innecesarias.

TECNICA QUIRURGICA

1. La incisión va a ir dependiendo de la colocación del canino retenido, así tenemos que usar dos tipos de incisiones.

A) Parscht o de Semiluna. Cuando el canino se encuentre localizado en vestibular.

B) Newman, o de cielo abierto: cuando el canino se encuentra por palatino, y es una incisión siguiendo el contorno del borde alveolar.

2. La osteotomía se realiza por las medidas ya -- enunciadas o sea por fresas, etc. eliminando la cantidad de hueso que el caso requiera.

3. Para la extracción se recomienda hacer una os - teosíntesis del diente, en los cuales se harán todos los - seccionamientos que sean necesarios, con el objeto de evitar la fractura o traumatismo de la tabla externa. La elimina - ción de las secciones tanto coronaria como radicular se ha - rán en la forma antes mencionada.

4. Como ya se explicó tendremos que limpiar perfec - tamente la zona de todo resto óseo o dentario que hubiere - quedado.

Va a ser muy adecuada una regularización ósea ya - que se recuerda que nos encontraremos ante un maxilar des - dentado, el cual deberá de quedar en una forma adecuada des - de el punto de vista de la recepción futura de una prótesis bucal.

5. Después se baja el colgajo y se sutura cuantos-

puntos sean necesarios.

G) TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS CLASE IV

Como ya sabemos la clase IV es cuando el canino se encuentra en posición vertical.

Este tipo de retención se deberá a una falta de erupción del canino debido probablemente a la retención del canino de la primera dentición.

La retención que presenta este canino clase IV es una retención vertical y paralela al eje longitudinal de los dientes vecinos.

TECNICA QUIRURGICA

1. la incisión que realizamos es la de Parscht o de semicírculo.

2. Levantamiento del colgajo, el cual cuando se levanta descubriremos la corona, en el caso de que hubiera una capa ósea esta sería una capa muy delgada, la cual es fácil de eliminación con pinzas, osteotomo fino o con gibas.

3. La extracción se va a realizar con un elevador-recto en la cara palatina y trataremos de luxar el diente, - muchas veces logramos la extracción del diente, pero cuando no es así, se usará pinzas o forceps en línea recta, para- que con movimientos leves de palatino a vestibular se haga- la extracción del diente.

4. Limpieza de la cavidad ósea por medio de cucharilla o lima.

5. Se coloca el colgajo y se sutura en su lugar.

En este tipo de intervención por lo general, no -- existen complicaciones post-operatorias.

H) TECNICA PARA LA EXTRACCION QUIRURGICA DEL CANI- NO RETENIDO EN TEJIDOS BLANDOS

La erupción de los dientes es impedido por tejido - fibroso denso, esto se puede comprobar con frecuencia en la erupción retardada de los incisivos centrales permanentes.

La eliminación del tejido fibroso y del hueso que - cubría a un canino cuya erupción es impedida, es difícil de cortar porque tejido es muy movable y se desliza con la pre- sión del bisturí por lo que se ha utilizado más el bisturí-

eléctrico.

La incisión se hace en un ángulo de 45° hasta el límite gingival del diente retenido y se hace la osteotomía y la eliminación del tejido fibroso para permitir la erupción de los caninos superiores.

Es difícil de quitar el tejido denso correctamente que recibe al canino con unas tijeras corrientes o bisturí, y también es difícil dar la angulación correcta a los tejidos que la rodean, por eso se ha elegido la utilización de instrumentos quirúrgicos como el parodontosis de BUCK, números 6, 7, 9, 16 y 17.

La intervención en los tejidos blandos produce mucho sangrado ya que es una zona donde está muy vascularizado por lo que se debe de utilizar el eyector quirúrgico ya que el tejido está libre y también para tener un mayor control de la zona.

Después de producida la hemostasis se toma una gasa yodiformada al 5% y medio centímetro de ancho con una pasta espesa de óxido de zinc y eugenol y se empaqueta cuidadosamente alrededor de la corona expuesta con mayor protección.

Otro de los métodos que se pueden utilizar para --

quitar el capuchon es el bisturi eléctrico el cual presenta las siguientes ventajas:

1. Los cortes producen menor sangrado y así la visualidad es mucho mayor y se puede hacer una hemostasia posterior por medio de electrocoagulación.

2. No es necesario reccionar los tejidos para separarlos y por lo tanto los cortes se pueden hacer correctamente.

3. La posibilidad de difundir la infección es disminuida.

4. Las corrientes cortantes son extremadamente de alta frecuencia, produciendo una desintegración molecular de los tejidos y los vasos linfáticos y capilares son sellados a medida que son cortados.

TRATAMIENTO DEL CAPUCHON POR INCISION

Irrigan debajo del capuchón con una solución salina normal.

En un estado de anestesia general se hace una incisión sobre la parte media del capuchón en la superficie oclu

sal y se continúa hasta la parte distal de la corona.

La anestesia es contraindicada a causa de la diseminación de la infección.

Se coloca una tira de gasa bordeada, de 0.5 cm de ancho y 3 cm de largo, saturada de solución de penicilina entre los bordes de la incisión y en la cavidad, sobre este drenaje se coloca una esponja pequeña y se indica al paciente que la muerta por media hora y se le prescribe antibiótico.

También se le manda que haga buches de agua salada-normal cada hora.

Este tratamiento debe seguirse diariamente hasta que los síntomas agudos hayan desaparecido.

I) TECNICAS PARA LA EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS

Los dientes retenidos inferiores por lo general se encuentran en posición vertical y cerca de la superficie vestibular.

Muchas veces están localizados los caninos reteni-

dos inferiores bajo los ápices de los incisivos inferiores, situados transversalmente en ángulos de 45° hacia el borde inferior de la mandíbula.

Muy rara vez se encuentran horizontales bajo los ápices de los incisivos inferiores.

Técnica quirúrgica:

Esta técnica que se mencionará es una de las técnicas que se utilizan para la extracción de los caninos inferiores que se encuentran por vestibular.

1. En todas las retenciones de caninos inferiores se hacen inserciones para un colgajo y se cortan las inserciones musculares de la zona.

2. Después se hacen unos orificios a través de la cortical ósea vestibular, alrededor de la corona del diente con una fresa de lanza.

Tendremos cuidado de no cortar las raíces de los dientes vecinos y la tabla ósea será eliminada con una fresa fisura desdentada.

3. Se expondrá la corona con fresas óseas, a este-

proceso se le conoce con el nombre de "Fenestrado de la Cortical".

4. Una vez expuesto el diente trataremos de luxarlo y removerlo con elevadores colocados debajo de la corona y utilizando la cortical ósea vestibular de apoyo.

5. Si la corona está obstruida se hace una muesca y se corta fuera del margen gingival.

6. Se elimina la raíz con elevadores de barra cruzada, usando la cortical como punto de apoyo.

7. Después de eliminado el diente y limpiada la zona se baja el colgajo y se sutura con seda negra 000 y una aguja atraumática.

J) TÉCNICA PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES SUPERNUMERARIOS RUDIMENTARIOS

Este tipo de anomalías se pueden presentar en cualquier parte de los maxilares, pero se encuentran más fácilmente en el maxilar superior, en la región de los incisivos o cerca de la línea media.

La mayoría de los dientes supernumerarios están retenidos

dos; aunque algunos son capaces de erupcionar cerca del arco. La técnica para su extracción está determinada por su tamaño y localización y es la misma para la extracción de cualquier diente retenido, excepto en la localización y tamaño del colgajo.

Muchas veces la erupción de los dientes permanentes está interrumpida por la presencia de dientes supernumerarios, un ejemplo excepcional de este caso que presentamos de doble "Dens in Dente" en incisivos centrales supernumerarios.

La mayoría de las veces los odontomas compuestos también impiden la erupción de los dientes permanentes.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DEL CANINO POR VIA VESTIBULAR

- a) Relación del canino con la cavidad nasal y seno maxilar
- b) Diagrama del colgajo
- c) Con una fresa se penetra en el hueso hasta el canino haciendo varios orificios alrededor de la corona del diente.
- d) Se descubre la corona haciendo la osteotomía y se extrae el diente
- e) Si el hueso fuera muy duro se corta con fresa de fisura y se extrae el diente
- f) Se coloca la punta del elevador, se mueve la raíz hacia el espacio creado
- g) Se hace la extracción de la raíz.



- A -



- B -



- C -



- D -



- E -

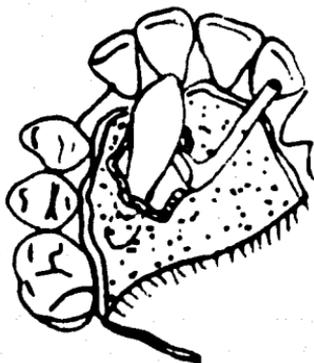
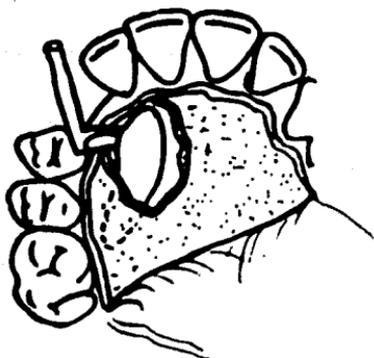
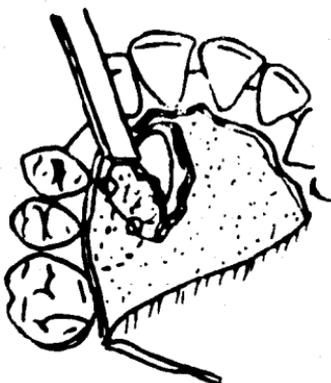


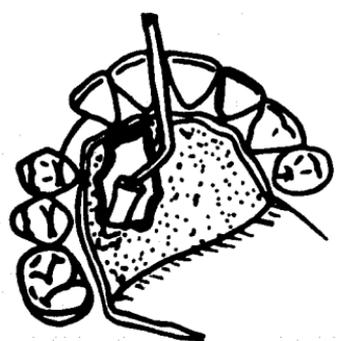
- F -

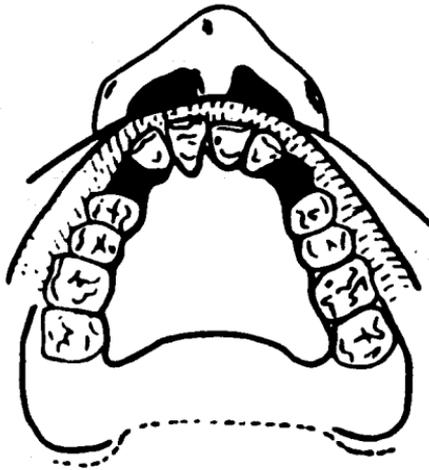
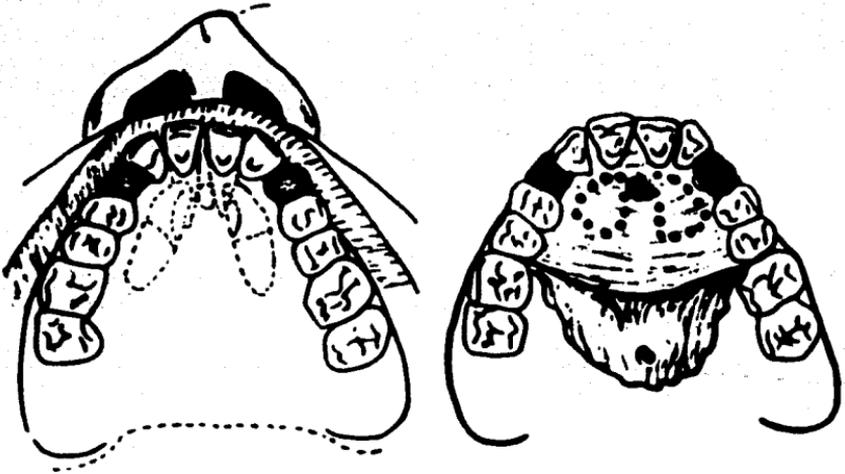


- G -

TÉCNICA PARA LA EXTRACCIÓN DE CANINO EN PALATINO

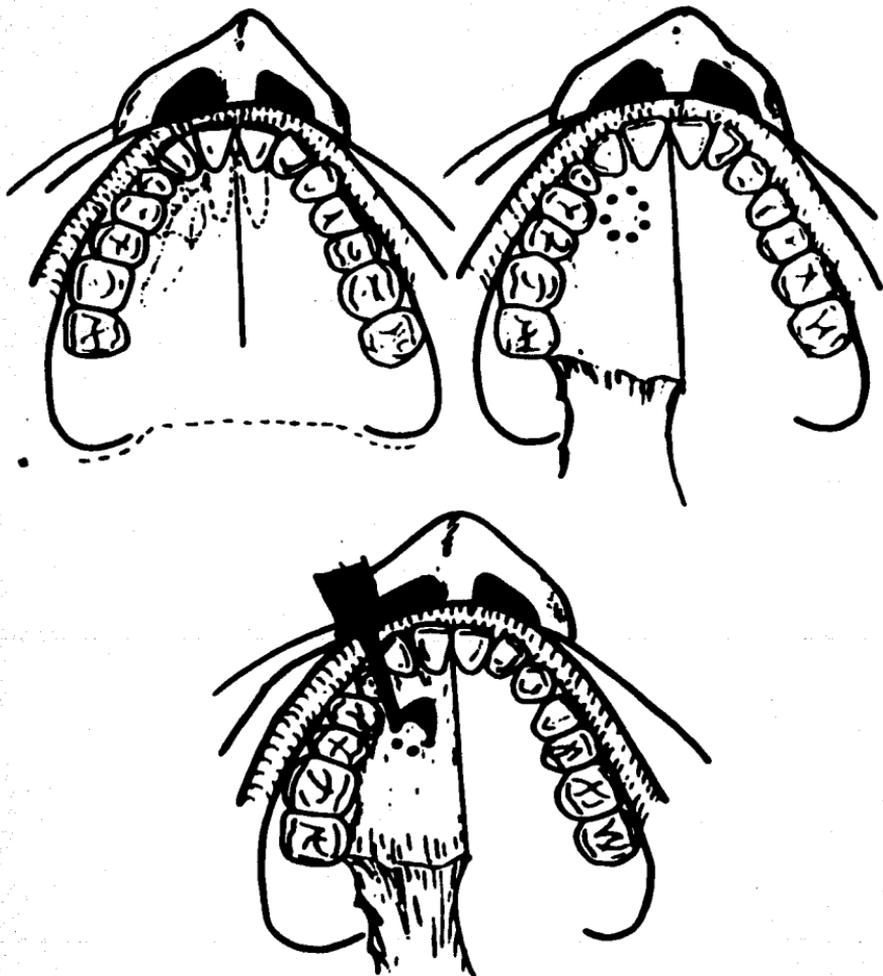


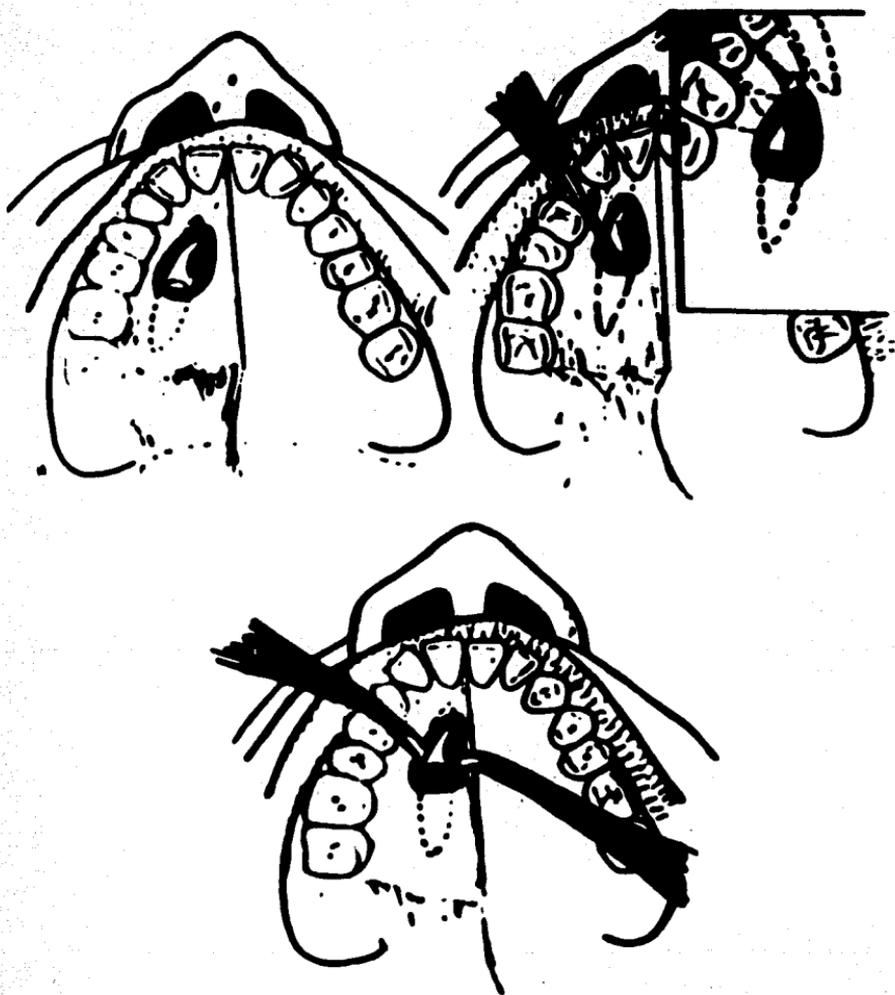


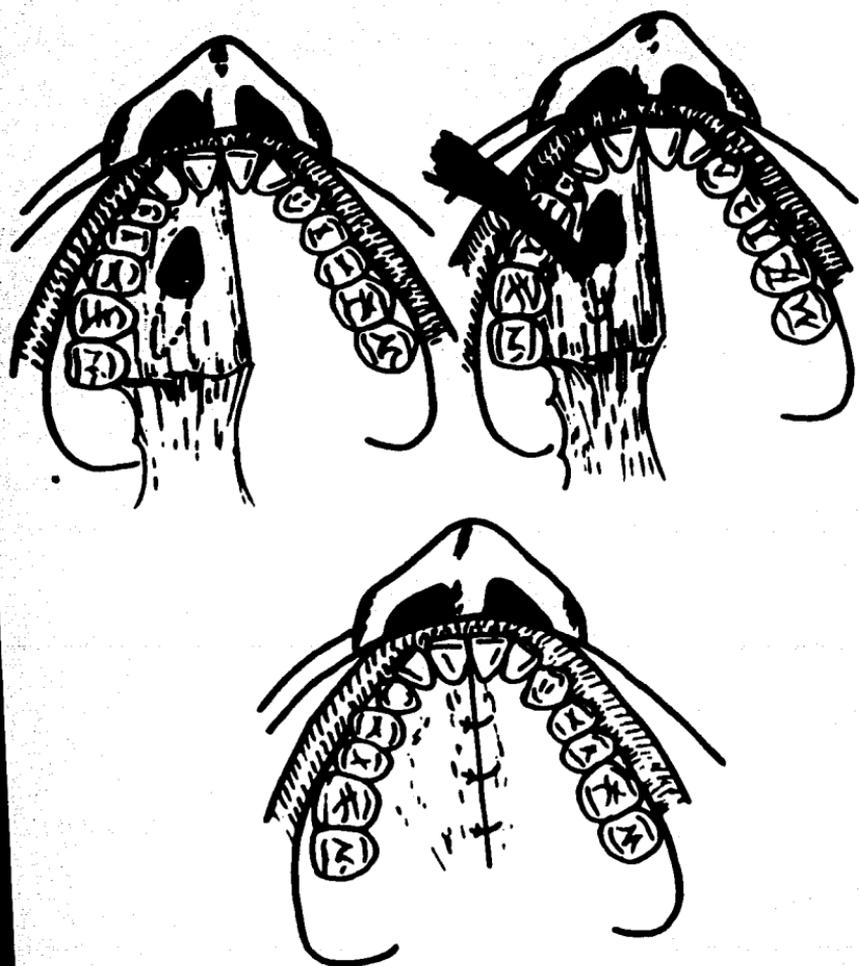


TECNICA PARA LA EXTRACCION DE AMBOS CANINOS EN LA BOVEDA
PALATINA

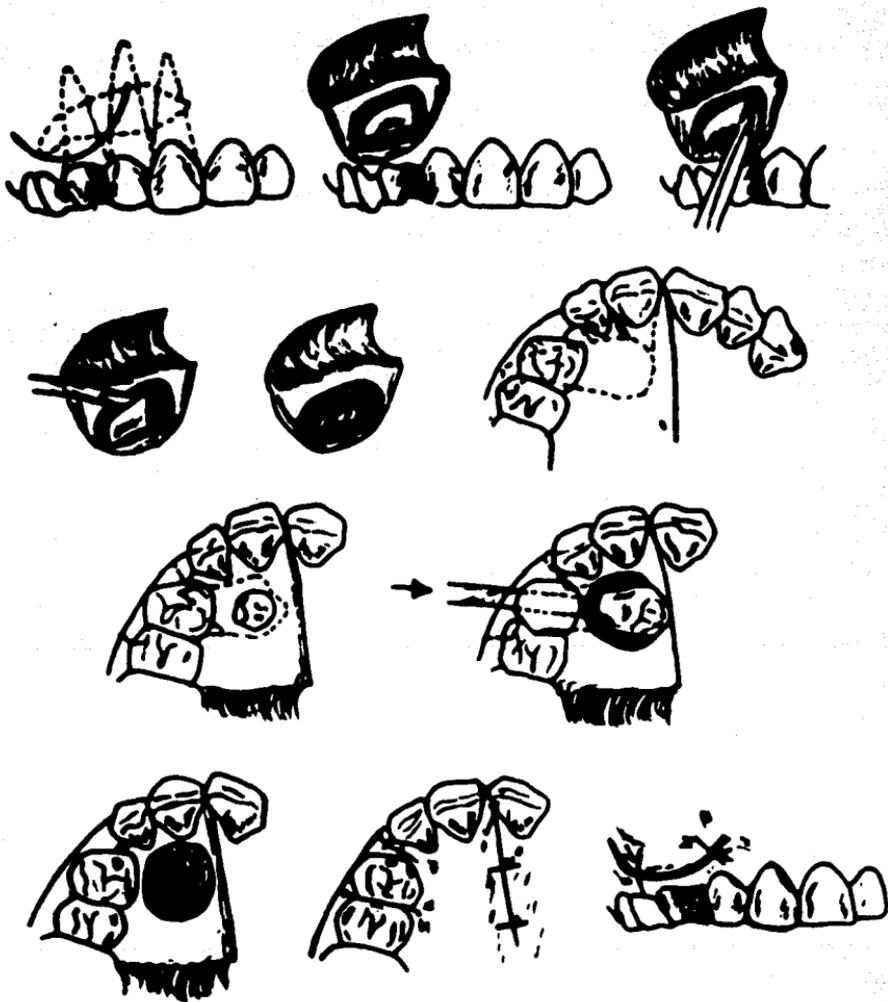
TÉCNICA ALTERNADA PARA LA EXTRACCIÓN DEL CANINO CLASE I



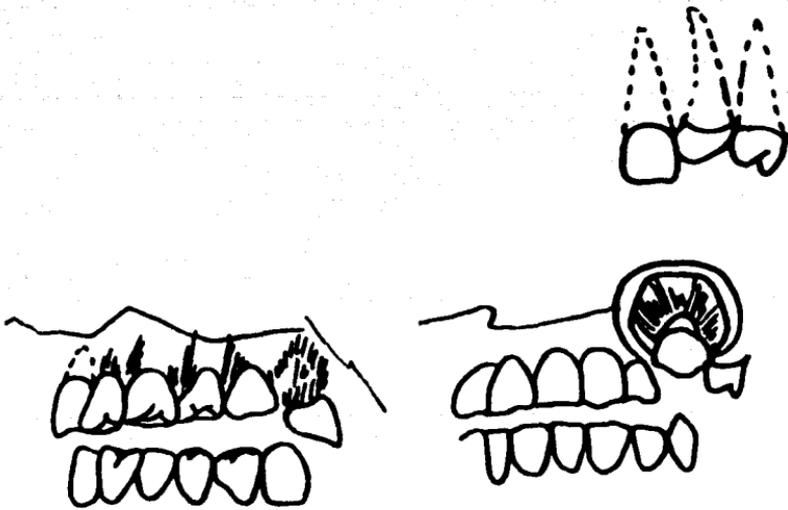




TECNICA PARA LA EXTRACCION DEL CANINO CLASE III

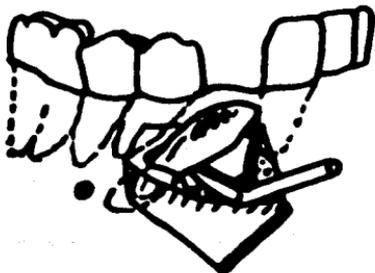
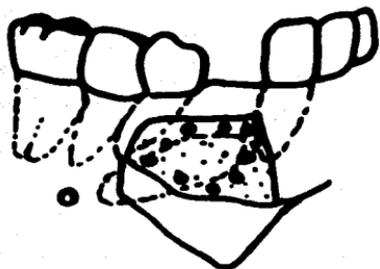


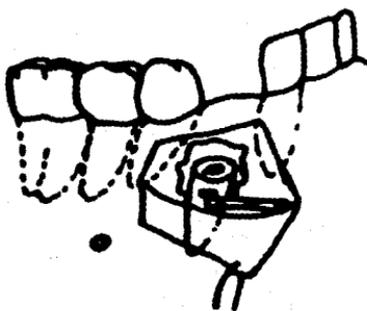
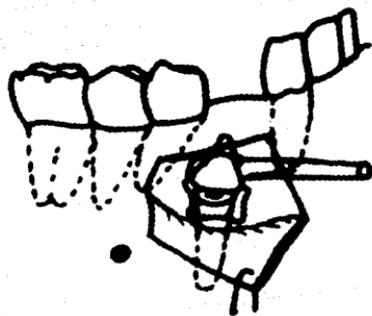
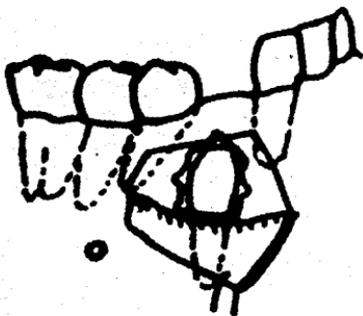
TECNICA PARA LA EXTRACCION RETENIDO EN LOS
TEJIDOS BLANDOS



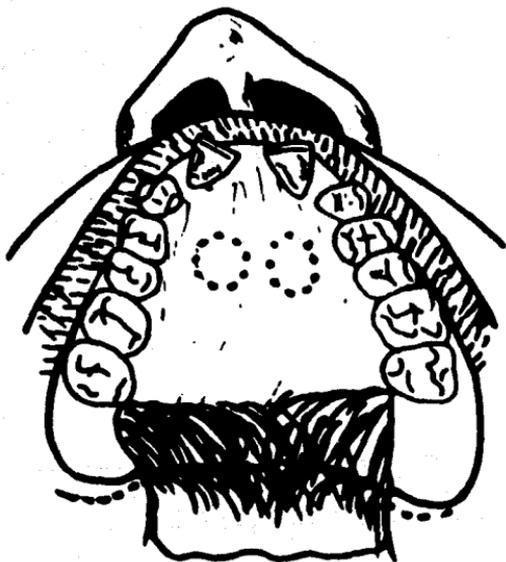
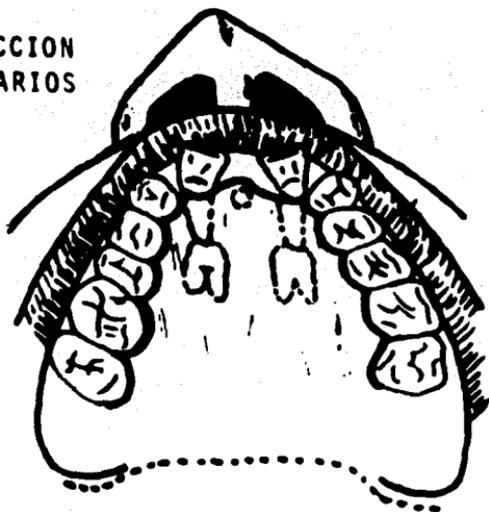
TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINO
RETENIDO INFERIOR

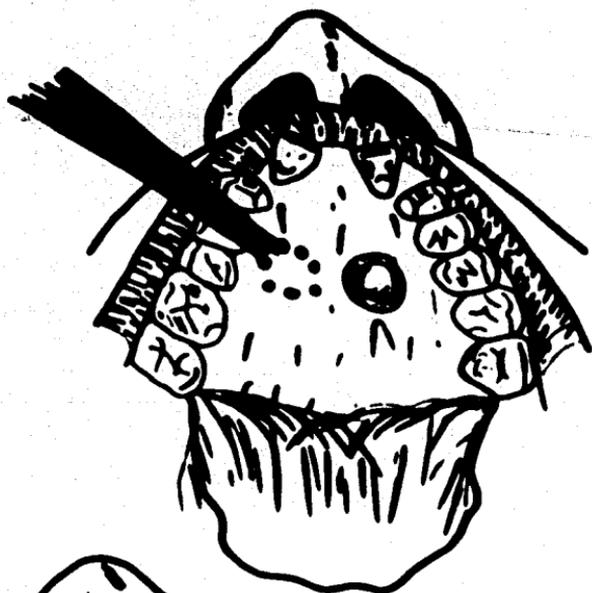
134

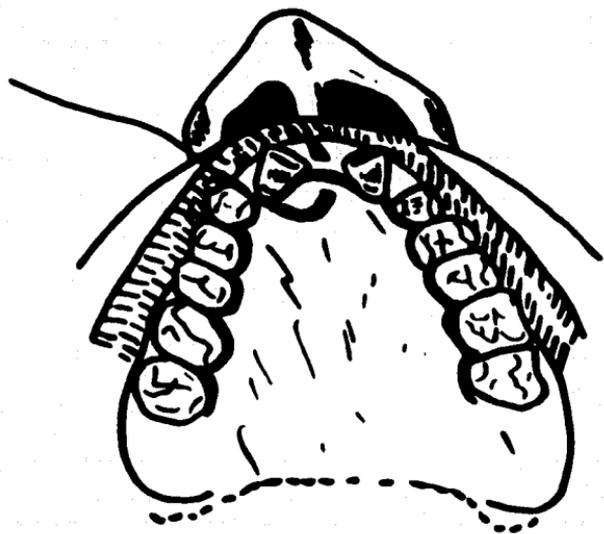
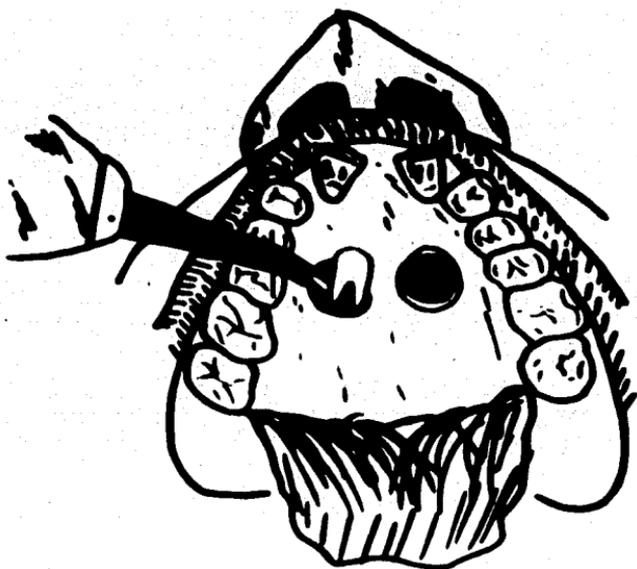




**TECNICA PARA LA EXTRACCION
DE DIENTES SUPERNUMERARIOS
RUDIMENTARIOS**







C A P I T U L O X I

COMPLICACIONES O ACCIDENTES

Las complicaciones o accidentes originados por la extracción dentaria son múltiples y de distinta categoría, por lo cual lo podremos clasificar en:

1. Accidentes en el momento de anestesiar
2. Accidentes en la extracción propiamente dicha

1. Accidentes al anestesiar:

A) Lipotimias: Estas son debidas principalmente por el stress nervioso que presenta el paciente ante la visión de la jeringa aunado a la falta de una nutrición balanceada.

B) Isquemias: Estas aunque existen zonas las cua-

les al anestesiarlas se producen zonas isquémicas que son reacciones fisiológicas naturales. Sin embargo, las isquemias que se presentan después de haber anestesiado, y en lugares como piel, cara o cuello se deben considerar accidentes ya que son debidas a la acción de la adrenalina orgánica, por una técnica inadecuada de inyección o por anestésias muy profundas.

C) Vasoconstricción: Esta vasoconstricción se presenta al introducir la aguja en la luz de un vaso sanguíneo lo cual puede acarrear una inflamación local o en personas hipertensas una vasoconstricción general.

D) Shock Anafiláctico: El Shock Anafiláctico es la reacción violenta del organismo a la segunda dosis de una substancia que previamente lo sensibilizó. Los signos y síntomas que presenta un paciente con este padecimiento son:

Palidez, sudoración fría, pulso acelerado, descenso de la temperatura y al extremo pérdida de la conciencia.

Tratamiento

a) Se coloca al paciente de tal manera que su cabeza que de más baja que el nivel de sus piernas, a esta posi

ción se le conoce con el nombre de Trendelenburg.

b) Tendremos que aflojar toda la ropa que pudiera interrumpirle de alguna forma la circulación sanguínea.

c) Taparemos al paciente con unas mantas para que se evite la pérdida de calor.

d) Se tratará de restablecer la tensión arterial - para lo cual se administrará v.gr. suero glucosado o algún vasoconstrictor para elevar el nivel de irrigación sanguínea al cerebro.

e) Elevación de la tensión arterial: Estos accidentes son producidos por el cirujano dentista. esto es por negligencia, mala técnica de anestesia. o simplemente irresponsabilidad al anestesiar.

f) Punción de fibras musculares: Estos accidentes van a producir dolor, trismus por lesión a troncos nerviosos, desgarrar de tejidos por uso de agujas sin filo adecuado, infecciones por el uso de agujas sin esterilizar.

g) Difusión de infección: Esta difusión se presenta al anestesiar en procesos infecciosos agudos que incluso pueden llegar a ser verdaderas septicemias.

2. Accidentes en la extracción propiamente dicha

Los accidentes que se presentan en la extracción, -
los podemos dividir en:

- A) INMEDIATOS
- B) CONSECUTIVOS

A) Accidentes inmediatos

a) Accidentes relacionados con dientes vecinos: -
En estos accidentes se puede provocar una luxación o la --
fractura de las raíces. Con lo que concierne al diente por
extraer puede producirse la fractura de la corona o de la -
raíz, los cuales siempre deberán de ser eliminados.

b) Accidentes relacionados con los maxilares: Es-
tos accidentes podrían ser principalmente fracturas del pro
ceso alveolar, fractura del maxilar, o lesión del seno maxi
lar, las cuales son debidas al uso de fuerzas innecesarias-
o no controladas, ya sea con un elevador o con un forceps.

c) Accidentes en tejidos blandos: Los accidnetes -
en los tejidos blandos son producidos por el resbalo de un-
forceps o un elevador sin apoyo adecuado o también por el -
uso de fuerzas no controladas las cuales pueden producir -

desgarre de las mucosas, efisemas, heridas en los labios, - carrillos y bóveda palatina.

Como sabemos el efisema es el acumulo de aire en - los tejidos blandos, que puede causarse por los instrumen - tos o bien al anestesiarse inadecuadamente.

d) Accidentes relacionados con el instrumental: En tre los cuales se encuentra las fracturas de agujas o de al gún otro tipo de instrumento en general. En lo que se re - fiere a la fractura de agujas existen diferentes opiniones - de extraer o dejar la parte fracturada, pero pienso que si es fácil de extraer lo deberemos de hacer ya que es una par te extraña al organismo por lo cual puede haber una reac - ci ón de defensa.

B) Accidentes consecutivos a la extracción

Los que principalmente tomaremos en cuenta son:

a) Abscesos: Estos pueden ser causados por utili - zar agujas mal ajustadas o esterilizadas, o también cuando se utilizan los restos de anestésico de un cartucho utiliza do en otro paciente.

b) Accidentes del Sistema Nervioso: Son trastornos

en los órganos de los sentidos y principalmente neuralgias.

Esto se refiere a que las técnicas anestésicas en un momento dado pueden causar lesiones en un tronco nervioso, lo cual trae como consecuencia una parestesia que puede ser temporal o permanente.

c) Hematomas: Este problema post-operatorio se encuentra frecuentemente, ya que muchas veces hay una deficiente colocación del colgajo en su lugar es decir, sobre hueso sano.

También puede causarse un hematoma por traumas post-operatorios tales como alimentos demasiado duros, mala técnica del cepillado o bien por negligencias de los propios pacientes.

El tratamiento va a consistir en levantar nuevamente el colgajo limpiar perfectamente tanto la superficie ósea como la fibromucosa y colocar nuevamente en su lugar y se fijara ya sea con un aposito quirúrgico o bien, con placas de acrílico para una mejor cicatrización del proceso.

d) Tétanos: Después de sufrir lesiones traumáticas es fácil contraer esta enfermedad. Donde se encuentra el principal agente de estas enfermedades es en el escremento

to de los animales de carga, y en un consultorio dental se deberá a una mala esterelización de los instrumentos quirúrgicos.

e) Hemorragias: Pueden llegar a suceder en el momento de una extracción o después de ella debido a una mala manipulación de los instrumentos o por la lesión de un vaso sanguíneo.

Para tratar todo este tipo de accidentes podremos utilizar agua oxigenada, hasta sustancias hemostáticas que puedan intervenir en la formación de las fibras acelerando así la coagulación.

En las técnicas quirúrgicas en la boca, el principal hemostático es la presión que por lo general se hace con una gasa estéril.

También se podrá hacer con esponjas hemostáticas absorbibles que se colocan en las cavidades óseas y aceleran la coagulación y así la cicatrización del proceso.

f) Penetración de pinzas: Al aparato digestivo y vías respiratorias, debido a ello el descuido de tomar piezas dentarias con pinzas o forceps, o por el uso incontrolado de los elevadores.

En la extracción de caninos superiores retenidos, - es factible la penetración de estos al seno maxilar, por lo cual el cirujano debe tener mucho cuidado.

g) Penetración del Canino al Seno Maxilar: O bien podremos llamarlo lesión de las paredes internas de las fosas nasales. Este tipo de accidentes podremos evitarlo con un buen estudio radiográfico o bien con fuerzas controladas referente al instrumental quirúrgico.

C A P I T U L O X I I

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Una vez ya realizada la extracción del diente, se debe de hacer un examen minucioso del alveolo, lavando con suero fisiológico varias veces la cavidad, eliminando con cureta los restos de tejidos óseos o dentarios que hayan podido quedar, con una lima para hueso se deben limpiar las porciones irregulares del contorno de la cavidad redondiándolo. La sutura no es muy complicada, se debe de extender la mucosa sobre el hueso, alineándola perfectamente con los dedos algunas veces impregnada con suero una gasa, haciendo la sutura a base de puntos separados entre diente y diente y al final se pone una gasa con suero en el paladar para hacer presión sobre la mucosa ayudando el paciente con la lengua.

Con todos los fármacos que contamos en el mercado,-

se debe de seleccionar de acuerdo a la intervención, complicaciones que deben surgir y estado general del paciente, - eligiendo así el medicamento en cada caso en especial.

En la cavidad alveolar no se debe de dejar nada, si el caso no lo amerita, en caso de que no haya algún sangrado normal se puede dejar una esponja de fibrina, o gasa fu- racionada yodotada con eugenol u otro medicamento sirviendo de drenaje a la infección.

ANALGESICOS:

Dipirona

Clorhidrato de Detroxpropoxifene

Fenacetina

Acido Acetilsalicilico

Cibalgina

Paracetamol

Estreptomina

Oxitetraciclina

Sulfato de Eritromicina

Sulfato de Neomicina

Hilicato de Doxiciclina

Cloranfenicol Levógiro

Metampicilina Sódica

Penicilina G Dibencilica

Ampicilina Trihidratada
Fenoximetilpenicilina Potásica
Clorhidrato de Demetrilclortetraciclina
Penicilina B Potásica Cristalina
Cafelexina Monohidratada

TRANQUILIZANTES

Clobazam
Meleato Acido de Fonotiacina
Clorhidrato de Cloropromicina
Diazepam
Prazepam
Clorhidrato de Notriptilina
Clorhidrato de Piridoxina
Clorhidrato de Promazina
Disulfuro de Tiamina
Clorhidrato de Metaminodiazepoxido
Clorhidrato de Clordiazepoxico
Metanpirona con Cloromezanona
Clorhidrato de Tiamina
Hidroxocobalamina
Paracetamina
Antipirininil-Metilamino-Metasulfonato-magnésico
Cafeina
Pentozocina
Isopropil-Antipirina

ANTI-INFLAMATORIOS

Acetaminofen

Paracetamol

Hidroxi-Acetanilida H

Hidroxicfenil

Tripsina

Quimiotripsina

Oxifenbutazona

Indometacina

Estreptoquinasa

Butil-Piraxodilina

Bumadizona Cálcica

Extracto de Papaina

ANTIBIOTICOS

Leucomicina

Rifampicina

Penicilina G sódica cristalizada

C A P I T U L O XIII

INDICACIONES QUE DEBEN DARSELE AL PACIENTE

Después de haber realizado la extracción del diente retenido y darle el tratamiento Post-Operatorio, es necesario darle al paciente ciertas instrucciones con el objeto de obtener un mayor éxito.

Las instrucciones que deben de dársele al paciente son las siguientes:

1. Terapia medicamentosa: Seguirla con regularidad y como está indicada.
2. Tomar alimentos ricos en proteínas y líquidos
3. Los alimentos deben lavarse y de preferencia hervirse
4. Deberá aplicarse una Diatermia adecuada

5. **Mantener reposo**
6. **Mantener una higiene bucal lo más correcta posible**
7. **Mantendrá la presión de la lengua durante el tiempo que se le indique**
8. **Explicarle de que no seguir las instrucciones se -- puede complicar la herida o la enfermedad**
9. **Darle la fecha de la cita siguiente para la revi -- sión de la herida y su estado general.**

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

1. Caninos Retenidos se consideran aquellos dientes que una vez llegada la época de su erupción normal carecen de fuerza y quedan dentro del maxilar conservando su saco Pericoronario.
2. Los Caninos superiores se presentan con mayor frecuencia retenidos que los Caninos inferiores, sabiendo que ocupan el tercer lugar en la clasificación de los dientes retenidos.
3. En los Caninos superiores la retención palatina es la más frecuente, sabiendo que se puede localizar en diferentes posiciones.
4. Los Caninos Retenidos superiores pueden presentar problemas infecciosos, tumorales y nerviosos

5. Encontramos varias causas que provocan la retención de los caninos, como sería la reducción gradual del tamaño de los maxilares, alimentos dulces y blandos, alimentación artificial en los bebés y enfermedades que intervienen en el desarrollo del niño.
6. Los Caninos Retenidos presentan varios tipos de colocación en relación con la arcada y los otros dientes.
7. Los Caninos Retenidos, debido a las diferentes posiciones en que se pueden presentar, se ha elaborado una clasificación con el objeto de poder elegir la técnica adecuada.
8. El examen radiológico es muy importante ya que nos indica la posición del diente retenido y así poder escoger la técnica más apropiada para el caso.
9. El anestésico es fundamental como también una buena premedicación, ya que es una intervención larga y -- peligrosa.
10. Existen varias técnicas para la extracción de Caninos Retenidos y según la clase a la que pertenece se rá la técnica a utilizar.

11. La cantidad de hueso que debe de eliminarse va dependiendo del espesor del hueso y posición del diente.

12. Siempre en una retención de un diente en paladar deberemos de elevar toda la fibromucosa palatina y no la incisión en línea médica y a que la posición de o de ciclo abierto es menos molesta, y con una visibilidad mayor.

13. Cabe mencionar el uso de cinceles ya sea manuales o automáticos del diente retenido, los cuales en la actualidad han sido substituidos por fresas quirúrgicas ya que se trabaja más rápido y con menos traumatismo para el paciente. (Existirán casos en que no se podrá utilizar fresas como en el desprendimiento de retina).

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

Tratado de Cirugía Oral
Walter C. Guralnick D.M.D.
Salvat Editores, S.A.
Barcelona (España) 1971.

Medicina Bucal
Lester W. Burket
Traducido por el Dr. Roberto Falch Fabre
Editorial Interamericana 1973

Cirugía Bucal
Guillermo A. Ries Centeno
Editorial "El Ateneo"
Séptima Edición
Buenos Aires (Argentina)

Cirugía Bucal
Whany H. Archer
Atlas paso por paso de técnicas quirúrgicas
Tomo I
Editorial Mundi, S.A. C.I.F.

Técnicas Quirúrgicas de Cabeza y Cuello
Alberto P. Gómez
Editorial Interamericana, S.A.
México, 1968.

Tratado de Patología
Stanley L. Robbins
Editorial Interamericana, S.A.
México, 1968

Patología Bucal
Kurt H. Thoma
U.T.E.H.A.
México 1968

Anatomía Dental
Rafael E. Vila
Dirección General de Publicaciones U.N.A.M.
México 1970

Manual de Odontología
Astra Chemicals S.A.
Naucalpan, Edo. de México 1971

Manual de Anestesia local en odontología
Laboratorios Wintrop

Apuntes del Dr. Manuel G. Bravo Puente
Cátedra impartida en la clase de exodoncia, en
la Facultad de Odontología
México 1977

Conferencia Organizada por la Secc. Estudiantil
del Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas
Historia Clínica
Manuel G. Bravo Puente
México 1973

Dibujos de Instrumental
Schinkel, S.A.