

Def. 781



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

*Dirig. 7 mini tesis
Blanca Margarita Pol Viurquiz
Ene 7-81*

**GENERALIDADES DE CANINOS INCLUIDOS DEL
MAXILAR SUPERIOR**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Blanca Margarita Pol Viurquiz



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

CAPITULO I.

- A) Historia.
- B) Causas de Retención.
- C) Causas locales de Retención.
- D) Causas sistémicas de Retención.

CAPITULO II.

- A) Consideraciones Preliminares.
 - 1.- Presencia de Infección.
 - 2.- Premedicación y Preparación del Paciente.
 - 3.- Aislamiento del Campo Operatorio.
 - 4.- Evaluación Preoperatoria.
 - 5.- Otras Complicaciones.

CAPITULO III.

- A) Anatomía de Caninos.
- B) Etiología de Caninos Retenidos.
- C) Cronología de Erupción.

CAPITULO IV.

- A) Posición de Caninos Retenidos.
- B) Localización de Caninos Retenidos en Maxilar Superior.
- C) Factores que complican la Extracción de Caninos Superiores Retenidos.

CAPITULO V.

- A) Clasificación de los Caninos Superiores Retenidos.
- B) Contraindicaciones para la Extracción de Caninos Retenidos.

C) Inspección de Canino en el Maxilar Superior.

CAPITULO VI.

- A) Técnica para la Extracción Quirúrgica de los Caninos Retenidos - por Palatino.
- B) Técnica para la Extracción de los Caninos Retenidos Clase I.
- C) Otra técnica de Extracción de Caninos Clase I.

CAPITULO VII.

- A) Técnica para la Extracción de los Caninos Retenidos de Clase II.
- B) Técnica para la Extracción de los Caninos Retenidos Clase III.
- C) Otra técnica de la Clase III, donde la corona esta por vestibular y la raíz se extiende dentro del paladar.

CAPITULO VIII.

- A) Técnica para la Extracción de los Caninos Retenidos en una boca - desdentada.
- B) Técnica para la Extracción de los Caninos Bilaterales Retenidos - en el Paladar.
- C) Procedimientos Quirúrgicos como ayuda en el Tratamiento Ortodóntico.

CAPITULO IX.

- A) Conclusion Personal.

ANTECEDENTE HISTORICO

La expresión "dientes retenidos se usa más bien imprecisamente para incluir los dientes retenidos en el verdadero sentido de la palabra, o sea, dientes cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes o hueso; dientes en mal posición; hacia lingual o vestibular con respecto al arco normal, o en infraoclusión y dientes que no han erupcionado después de su tiempo normal de erupción.

Es más claro que un verdadero diente retenido puede también estar en malposición y no haber erupcionado o haberlo hecho parcialmente. Un diente en malposición puede estar erupcionado o completo, en parte, o no haber erupcionado, y estar retenido o no. Un diente no erupcionado puede estar en malposición, retenido o en posición normal para la erupción.

Deberán aplicarse inteligentemente términos descriptivos cuando se clasifiquen los dientes retenidos deberá incluir uno o más de estos términos.

Los antropólogos afirman que la celebración del ser humano, es constantemente en aumento, agranda su caja craneana a expensas de sus mandíbulas. La línea prehipofisaria que se inclinaba hacia adelante desde la frente en recesión hasta la mandíbula en protusión en las formas prohumanas, se ha vuelto casi vertical en el hombre moderno a medida que ha disminuido el número de dientes.

Una dieta más blanda y refinada, que requiere menos masticación favorece esta tendencia, haciendo innecesario poseer aparato masticatorio poderoso.

Un gran número de personas tiene dientes impactados o retenidos por ésta tanto como por otras razones. El hombre perderá los terceros molares, a lo que seguirá, eternidades después, impacción y pérdidas subsiguientes de los incisivos laterales.

Todos los dientes que no asumen su posición y funcionamiento adecuados en el arco deberá ser candidatos a extracción; Hay excepciones de esta regla general, pero son raras.

Ejemplo: los jóvenes que tienen que perder todos sus dientes para llevar dentaduras postizas completas, no deberán perder sus terceros molares superiores que no han brotado, ya que la erupción de estas piezas ayudará a formar la tuberosidad. La dentadura puede hacerse sobre los dientes no brotados si se logra que el paciente se dé cuenta de la situación, de manera que puedan extraerse los dientes más adelante, cuando aparezcan bajo la mucosa.

En el individuo mayor, puede ser mejor usar discreción, pues el diente que no ha brotado en 50 años a veces es por que está anquilosado, frecuentemente presenta membrana periodontal atrofiada separando diente y hueso, y siempre está engastado en hueso no elástico y altamente mineralizado.

CAUSAS LOCALES DE RETENCION

Berger da las siguientes causas locales de retención:

- A).- Irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente.
- B).- La densidad del hueso que lo cubre.
- C).- Inflammaciones crónicas continuadas con su resultante.
- D).- Una membrana mucosa muy densa.
- E).- Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.
- F).- Indebida retención de los dientes primarios.
- G).- Pérdida prematura de la dentición primario.
- H).- Enfermedades adquiridas como son:
 - 1.- Necrosis debida a infección.
 - 2.- Abscesos.
- I).- Cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantemáticas en los niños.

CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION

Las retenciones se encuentran, a veces donde no existen condiciones locales presentes. En estos casos según Berger se encuentran:

- A).- CAUSAS PRENATALES:
 - 1.- Herencia.
 - 2.- Mezcla de razas.

B).- CAUSAS POSNATALES: Todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño como son las siguientes:

- 1.- Raquitismo.
- 2.- Anemia.
- 3.- Sifilis congénita.
- 4.- Tuberculosis.
- 5.- Disendocrinias.
- 6.- Desnutrición.

C).- CONDICIONES RARAS:

- 1.- Disostosis cleidocraneal.
- 2.- Oxicefalia.
- 3.- Progeria.
- 4.- Acondroplasia.
- 5.- Paladar fisurado.

A continuación explicare brevemente cada una de estas enfermedades:

DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL: Es una condición congénita muy rara, en la cuál hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas recambio dentario retardado, dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

La disostosis cleidocraneal es una enfermedad rara de etiología desconocida. Se caracteriza por:

- 1.- Osificación incompleta y retardada del esqueleto.
- 2.- Hipoplasia o ausencia de clavículas.
- 3.- Dentición defectuosa y retardada.
- 4.- Frente muy combada con protuberancias craneales. La cabeza es grande, generalmente braquicéfala, y no guarda proporción en los huesos de la cara.
- 5.- Maxilar superior pobremente desarrollado, lo que hace que la mandíbula parezca prominente.
- 6.- Osificación retardada de las fontanelas. Los huesos individuales de la cabeza con frecuencia no se unen, lo cuál, junto con la formación de centros accesorios de osificación, crea la apariencia de un gran número de huesos Wormianos entre los principales huesos craneales.
- 7.- Transmisión hereditaria por los padres a sus hijos o hijas.

OXICEFALIA: Es la llamada "cabeza cónica", en la cuál la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

PROGERIA: Representa envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de vello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial, con actitudes y maneras del anciano.

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

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

Se ha observado que los dientes retenidos se presentan en el siguiente orden de frecuencia:

- a).- Terceros molares superiores.
- b).- Terceros molares inferiores.
- d).- Caninos superiores.
- e).- Premolares inferiores.
- f).- Caninos inferiores.
- g).- Premolares superiores.
- h).- Incisivos centrales superiores.
- i).- Incisivos laterales superiores.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

PRESENCIA DE INFECCION: Los dientes retenidos, no erupcionados o en malposición, pueden ser extraídos a causa de la presencia de infecciones, reabsorción patológica de los dientes adyacentes y estructura ósea bloqueada, como se encuentran en los quistes y tumores; dolor, fracturas, y otras complicaciones.

Entre las infecciones las complicaciones que requieren la extracción de los dientes retenidos pueden mencionarse las siguientes:

- 1.- Pericoronitis infecciosas.
- 2.- Abscesos alveolares.
- 3.- Crónicos o agudos.
- 4.- Osteitis supurativa crónicas o agudos.
- 5.- Necrosis.
- 6.- Osteomielitis.

La presencia de infección en forma de paricoronitis deberá tratarse antes de la cirugía. Explorar con una pequeña sonda de plata, esteril, bajo el colgajo, sobre el lado bucal, para liberar pus, - irrigación, subsecuente y terapéutica de antibióticos, puede ayudar al tratamiento. En ocasiones puede extraerse un diente impactado en el tejido o en alto nivel en cuanto se haya establecido un nivel satisfactorio de antibiótico. Si surgen complicaciones quirúrgicas, - pueden permitirse que las raíces fracturadas permanezcan sin que se les toque durante unos cuantos días, antes de extraerlas. La extracción de la corona permitirá que ceda la pericoronitis.

Cuando no existe la infección, es innecesaria la terapéutica - con antibióticos por vía bucal o parenteral.

El dolor puede ser reflejo no solamente en las zonas de distribución de los nervios interesados sino también en los plexos nerviosos asociados y regiones más alejadas; a menudo, el dolor se refleja en el oído.

El dolor puede ser ligero y localizado en el área inmediata - del diente retenido. Puede ser grave, y muy agudísimo e incluir todos los dientes superiores e inferiores, en el lado afectado, el oído y la zona posauricular, cualquier parte atravesada por el nervio-trigémino o aun toda la zona inervada por este nervio.

Esto incluye el dolor temporal. El dolor puede ser intermitente, constante o periódico.

El dolor puede ser una neuralgia intermitente facial que simula un tic doloroso. El tic doloroso se distingue porque el dolor es agudísimo, lacinante y súbito como resultado del contacto con una zona esencial sobre la cara o labios. Esto lo diferencia de otras neuralgias faciales.

PREMEDICACION Y PREPARACION DEL PACIENTE: Es útil cuando se extraen dientes impactados bajo anestesia local. Por vía bucal, la dosis para un paciente externo es de 0.1 g de pentobarbital sódico. Sin embargo, pueden administrarse por vía intravenosa de 1 a 2 ml de pentobarbital. El paciente permanece de pie ambulante, pero se requiere de alguien que lo lleve a casa. Pueden administrarse muchos otros medicamentos por vía intravenosa o intramuscular.

La música, al ambiente apacible y agradable, la conversación interesante del cirujano, ayudan a establecer una atmósfera favorable. Muchos pacientes y operadores prefieren la anestesia general.

La preparación del paciente se inicia con un enjuague bucal de cualquier agente antiséptico adecuado para reducir el número de bacterias intrabucales.

AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO: Se empieza el aislamiento del campo con lienzos estériles que proporcionan un campo estéril y también cubren los ojos, reduciendo así el traumatismo psicológico. Se coloca un lienzo esteril bajo la cabeza del paciente, se lleva hacia adelante, sobre nariz y ojos, y se fija con pinzas estériles para lienzo de campo o con alfiler de seguridad estéril.

Las proporciones expuestas de cara o mentón se lavan con solución antiséptica. Se coloca un lienzo estéril sobre el pecho del paciente. Se puede fijar con pinzas otro lienzo estéril, sobre el pecho del cirujano pueden usarse guantes estériles.

Posición del sillón.- La posición del sillón deberá ser lo suficientemente baja como para que el codo derecho del operador se encuentre en dirección opuesta al hombro derecho del paciente.

Las compresas se deben colocar en forma de cortina para aislar el campo quirúrgico si se usa técnica de cincel. Se coloca una compresa de gasa de exodoncia de 7,5 x 7,5 cm con un ángulo cerca de los incisivos inferiores y otro bajo la lengua en el lado de la operación esta compresa evita que la saliva pase al campo junto con el eyector quirúrgico, y también no dejar pasar fragmentos de sangre a la garganta, y elimina la pérdida de tiempo asociada a la expectoración, el tipo de saliva espesa, filamentosca, frecuentemente encontrada en pacientes quirúrgicos, es difícil de quitar de la boca. Cambiar la compresa, cuando se humedezca, elimina la expectoración y se ahorrará tiempo.

Con los separadores el ayudante deberá estar entrenado para sostener el separador en la mano derecha. El borde de la gasa sobre el lado lingual se mantiene bajo la punta del separador, que a su vez se mantiene contra la placa lingual cuando se opera en el lado derecho del paciente. La lengua no se mantiene hacia la línea media. Cuando se opera en el lado izquierdo del paciente la punta del separador se mantiene bajo el colgajo mucoperiódontico, contra el hueso.

Si el ayudante tira fuertemente del colgajo, provocará linfedema posoperatorio excesivo.

Con la mano izquierda pueden emplearse compresas y mazo, si se usa aspirador, sería conveniente tener otro ayudante.

EVALUACION PREOPERATORIA: La evaluación preoperatoria cuidadosa permitirá la planeación adecuada para cirugía subsecuente. La radiografía deberá estudiarse cuidadosamente para localizar la impacción y para precisar forma, número e inclinación de las raíces. Frecuentemente, la raíz se dirigirá hacia el observador o en dirección opuesta a él, en vez de mesial o distalmente.

Las raíces pequeñas, frecuentemente están superpuestas y pueden faltar en el diagnóstico radiográfico. Deberá observarse la relación del diente con el conducto dentario inferior de manera que puede prevenirse al paciente ha cerca de una posible parästesia posoperatoria. La presencia de una gran restauración, especialmente una obturación antigua de amalgama, sobre el segundo molar, deberá ser causa de advertir al paciente que el operador está consciente de la situación y, en consecuencia, tratará de salvar la restauración de daño inadvertido durante el proceso quirúrgico.

COMPLICACIONES: La frecuencia con que se producen las fracturas del maxilar inferior al nivel de zonas ocupadas por dientes retenidos, demuestra que estos son un factor de debilidad del hueso debido al desplazamiento.

Los dientes retenidos son cuerpos en malposición y como tales son fuentes potenciales de otras complicaciones, las cuales aunque no raras, se encuentran con menor frecuencia que las ya mencionadas. Estas pueden ser:

- 1.- Sonido tintinante, susurrante, zumbante, del oído.
- 2.- Otitis.
- 3.- Afecciones de los ojos, tales como:
 - a) Disminución de la vista.
 - b) Ceguera.
 - c) Iritis.
 - d) Dolor que simula el del glaucoma.

ANATOMIA DE CANINOS SUPERIORES

GENERALIDADES: El grupo de los caninos lo forman 4 dientes: - 2 superiores y 2 inferiores, uno derecho y otro izquierdo, en cada - arcada. Se le llama canino por la semejanza en posición y forma a - los dientes cuspídeos que sirven a los animales carnívoros para asir la presa y desgarrar sus alimentos.

El canino corresponde al segundo grupo de dientes anteriores. - Es de mayor volumen que los incisivos, tanto en corona como en raíz; en promedio el canino superior pesa 20 centigramos más que el incisivo central superior. Es el tercer diente a partir de la línea media. Su posición en el arco coincide con la esquina o el ángulo que forma el plano labial con el plano lateral del vestíbulo y también con la comisura de los labios.

Desde el punto de vista estético, puede considerarseles como - las columnas o marco que encuadra a los incisivos en la parte anterior del arco.

En general, se acepta que es un diente muy poderoso. Esta fijado con mayor firmeza por tener la raíz más larga, por lo tanto es el soporte preferible a cualquier otro.

Tiene tan voluminosa raíz, que obliga a la tabla externa del - hueso que la cubre a señalarse formando la eminencia canina de la - cara anterior del hueso maxilar.

El canino erupciona a los 11 o 12 años y la raíz termina a los 12 o 13 años de edad, con la formación del agujero apical.

Es mayor la longitud del canino, que cualquier otro diente, - su corona es conoide y la raíz es hasta 1.8 veces más larga que la corona. En el diagrama de cuadrantes se le asigna el número 3 a cada lado de la línea arriba de la horizontal 3 3. En el diagrama numérico corresponde el número 6 al derecho y el 11 al izquierdo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

CORONA

La corona del canino superior difiere en forma de los otros - dientes anteriores debido a que su borde incisal no es recto mesio--distalmente, tiene una cúspide que lo divide en dos tramos, llamados: Brazos del borde incisal.

Los lóbulos de crecimiento están colocados en el mismo orden - descrito en los incisivos, pero en el canino el lóbulo central está--ostensiblemente desarrollado, tanto en la parte cervical como en la--incisal.

Los lóbulos mesial y distal son pequeños y conforman la corona dándole un aspecto conoide o piramidal. Se estudian al canino cua--tro caras axiales que son:

- 1.- Labial.
- 2.- Lingual.
- 3.- Mesial.
- 4.- Distal.

CARA LABIAL: Tiene figura pentagonal irregular ligeramente - alargada orientada al eje longitudinal del diente. Convexa de mesial a distal, a veces considerada la superficie dividida en dos vertientes: una mesial y otra distal. Esto pasa cuando desde el vértice o cima de la cúspide empieza una eminencia alargada que se dirige - hacia cervical y forma casi un caballote o arista, no siempre bien - definida.

La vertiente mesial está recorrida por un surco paralelo al - eje longitudinal del diente y es la línea de unión de los lóbulos - de crecimiento mesial y central.

La vertiente distal es más amplia, también señala la línea de - crecimiento entre el lóbulo central y distal a lo largo de casi toda la superficie. En esta parte se encuentra un pequeño lobulillo que - ostenta su presencia en un gran porcentaje de casos, y se coloca entre el lóbulo central y el distal. La cara labial tiene normalmente en su tercio cervical, los periquimatos muy marcados.

Se le estudian cuatro perfiles:

- 1.- Incisal.
- 2.- Cervical.

3.- Mesial.

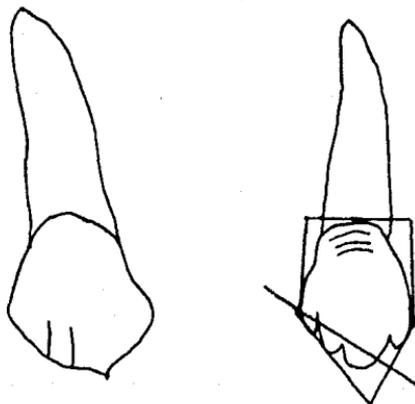
4.- Distal.

PERFIL INCISAL: Esta dividido en dos tramos por la presencia de la cúspide o mamelón terminal del lóbulo central. De estos segmentos o brazos, es más corto el mesial que el distal. Forman los dos un ángulo de 90 a 120°.

El tramo corto o brazo mesial puede ser ondulado y puede ser recto cuando la forma general de la corona no es muy acentuada.

El tramo largo o brazo distal; principia en la cúspide y sube hasta encontrar el lado distal, con el que se une a nivel del área de contacto y forma un ángulo muy obtuso y romo.

Estos brazos son dos lados del pentágono, forma que tiene la cara labial.



Cara Labial del Canino.

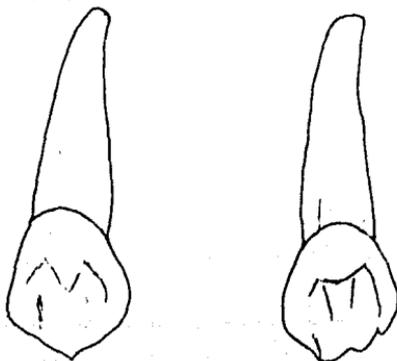
PERFIL CERVICAL: Es curvo con radio a incisal y de menor tamaño que el borde incisal. Limita la corona de la raíz y constituye parte del cuello anatómico.

Forma ángulos romos con los lados mesial y distal.

PERFIL MESIAL: Angulo linial labiomésial visto desde labial; es recto y va de cervical a incisal formando ángulos romos con ambos lados.

PERFIL DISTAL: Angulo linial labiodistal visto desde labial; es también recto, pero más corto que el mesial.

CARA LINGUAL: Esta cara al ser comparada con los incisivos, no presenta la fosa lingual porque el lóbulo central de crecimiento es más prominente y llena toda su convexidad, convirtiéndola en una eminencia, que al unirse con el cingulo forma un surco transversal o inconstante que puede tener diferente fisonomía en cada caso.



CARA LINGUAL DEL CANINO.

Las crestas marginales en el canino superior son más cortas - que en el incisivo central superior, pero más gruesas y poderosas, - sobre todo la distal.

Desde la proyección lingual, en un gran porcentaje, se ven las caras mesial y distal de la corona en una perspectiva diagonal, esto es consecuencia de su convergencia hacia lingual; pero si esto es - notable, lo es más la convergencia de las mismas caras en la raíz, - la cual toma forma ligeramente triangular, en un corte transversal.

La superficie lingual es de forma pentagonal, como la labial, - y también en este caso corresponden dos lados del pentágono para el - borde incisal, también se le estudian 4 perfiles que son:

- 1.- Incisal.
- 2.- Cervical.
- 3.- Mesial.
- 4.- Distal.

PERFIL INCISAL.- De los dos tramos del pentágono que corres-
ponden al lado incisal, es más corto el mesial que el distal. Ambos
forman un ángulo en la cima de la cúspide que varía de 90 a 120° y -
los dos tienen en su proyección una curva cuyo radio se dirige hacia
mesial. Los dos brazos de la línea incisal se unen en la cima de la
cúspide, formando el mamelón con que termina el lóbulo central.

PERFIL CERVICAL.- El ángulo lineal linguocervical visto desde
lingual. Curvo con radio hacia incisal, muy semejante al de los -

otros dientes anteriores. Es la línea cervical que limita al cíngulo en la región del cuello. Se une a los lados mesial y distal con ángulos obtusos romos.

PERFIL MESIAL.- Angulo linial linguomesial visto desde lingual. Ligeramente curvo con radio hacia distal; viene de cervical y se une al lado incisal casi a la altura del área de contacto, formando ángulo muy obtuso.

PERFIL DISTAL.- Angulo linial linguodistal, visto desde lingual, viene de cervical, dirigiéndose oblicuamente hacia distal. Se une cerca del área de contacto con el perfil incisal en el extremo del brazo distal y completa la curva. Formando en conjunto un semicírculo que va desde cervical hasta la cima de la cúspide incisal.

CARA MESIAL

La cara mesial del canino superior es por su cara proximal de forma triangular, muy corta, la base del triángulo está en el cuello y vértice muy cerca del área de contacto, hasta donde llega el brazo mesial del borde incisal.

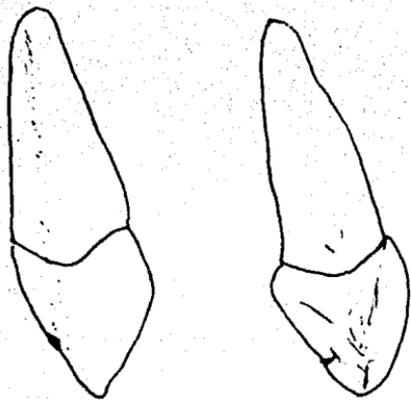
La proyección total de la figura coronaria es más grande que la cara mesial. Puede observarse la convergencia hacia un punto de la cara labial y la cara lingual, que se juntan con el borde incisal y la cara mesial, en donde se localiza el área de contacto.

En el tercio cervical es amplio labiolingualmente y tiene al centro una concavidad que contribuye a formar un lugar donde normalmente se aloja la papila gingival, o sea el espacio interdentario entre el canino y el incisivo lateral. También se le estudian 4 perfiles que son: Incisal, Cervical, Labial, Lingual.

PERFIL INCISAL.- Vértice del triángulo cuyo forma tiene la cara mesial; muy corto para considerarle como lado, no obstante, contornea el borde incisal.

PERFIL CERVICAL.- Angulo linial mesiocervical, es curvo con radio hacia apical. Delimita la escotadura cervical labiolingual que se forma a expensas de la corona.

PERFIL LABIAL.- Angulo linial mesiolabial ahora visto desde mesial. Es una línea curva homogénea con radio hacia dentro de la figura de toda la proyección coronaria. Nace en el ángulo punta mesiolabiocervical, forma una curva en su recorrido y se une al borde incisal, pasando muy cerca del área de contacto.



CARA MESIAL DEL CANINO

PERFIL LINGUAL.- Curvo con radio hacia labial, demarca la -
pequeña superficie mesial.



DIFERENTES PERSPECTIVAS DE LA CORONA DEL CANINO

CARA DISTAL.- Es de forma triangular, más pequeña pero muy semejante a la cara mesial.

Si se compara con la proyección total de la corona, se encontrará enmarcada dentro de ella, de modo que pueden verse las caras labial y lingual que convergen y se unen en la zona de contacto con la cara distal y el borde incisal, cuya porción o brazo distal se observa.

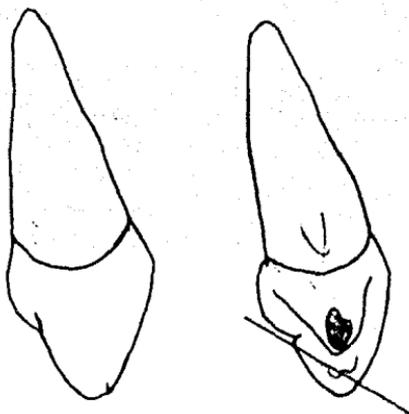
El área de contacto se encuentra en la parte más prominente cerca de la unión de los lados labial y lingual con el mamelón incisal. Igual que la cara mesial y en general menos curva que ningún otro diente de los anteriores. También se le estudian 4 perfiles que son: Perfil incisal, cervical, labial y lingual.

PERFIL INCISAL.- Constituye el vértice del triángulo que forma la cara distal. Contornea el borde incisal en este punto, y al desgastarse sucede lo mismo que con dicho perfil de la cara mesial.

PERFIL CERVICAL.- La escotadura señala que este perfil es menos curva que en la cara mesial y en general menos curva que ningún otro diente, en esta región cervical.

PERFIL LABIAL.- Angulo lineal distolabial visto desde distal. Es recto o casi recto y une el lado cervical con el lado incisal en su brazo distal.

PERFIL LINGUAL.- Angulo linial disto lingual, de forma curva-
ligeramente inversa como "S" alargada. Señala el cingulo en el ter-
cio cervical con el incisal.

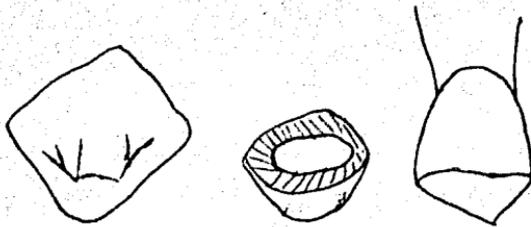


CARA DIGITAL DEL CANINO

BORDE INCISAL.

La pequeña porción que constituye este borde es una angosta -
faja donde están los tres mamelones terminales de los lóbulos de -
crecimiento. Entre ellos, sobresale el mamelón central, formando la
cima de la cúspide, característica peculiar de este diente.

Quando el desgaste ha destruido el borde, se convierte en una
superficies planas que puede hacer cambiar de apariencia a este diente;
entonces la faceta de desgaste semeja la cara oclusal de un pre-
molar.



ASPECTO INCISAL DEL CANINO

El área de trabajo se encuentra como en los incisivos superiores en el borde incisal y cara lingual. Los movimientos de masticación hacen resbalar el tercio incisal de la cara lingual del canino superior en su posición mesial, con el borde incisal y porción distal de la cara labial del canino inferior. De esta modo se pierde por atricción en el canino superior el brazo mesial del borde incisal con más rapidez que el brazo distal que fricciona con el primer premolar inferior.

El desgaste que llega a tener el borde incisal y, la cara lingual en algunos casos es tan grande, que al canino se le reconoce más por su posición que por su forma.

QUELLO

La línea cervical que circunda la corona del canino superior es ondulante igual que en los otros dientes anteriores. De las escotaduras proximales, la mesial es más pronunciada que la distal.

En general, ya se han visto los cuatro perfiles cervicales de las -
caras axiales.

RAIZ

La raíz del canino superior es recta y única, la más poderosa -
por su longitud, grosor y anchura, y es aquí uno de los grandes pro-
blemas cuando el canino se queda retenido en el maxilar superior por
la extensión total de este diente, si se compara con los otros dien-
tes. Llega a tener 1.8 veces el tamaño de la corona, es muy raro -
encontrarla bifida.

Tiene forma conoide, termina su calcificación con la formación
del ípice, a los 12 o 15 años. Llega a tener forma de balloneta, -
distorsionando el tercio apical hacia distal y también a veces hacia
lingual.

Es más grande el diámetro labiolingual que mesiodistal. Se le
estudian las caras:

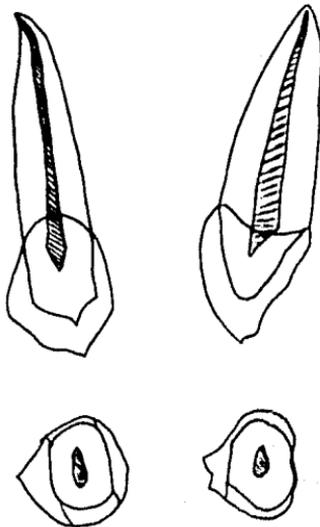
- 1.- Labial.
- 2.- Lingual.
- 3.- Mesial.
- 4.- Distal.

CARA LABIAL.- Tiene forma de triángulo isósceles, cuya base -
está en el cuello o tronco y el vértice en el ápice.

CARA LINGUAL.- Es parecida a la labial pero más reducida en superficie, tiene forma ovoide, aplanada de los lados proximales, convergiendo ambas hacia lingual.

CARA MESIAL Y DISTAL.- Son de forma triangular como la cara labial, pero más amplias. Tienen una depresión o canaladura o lo largo de toda la raíz, mucho más señalada que en los otros dientes anteriores superiores.

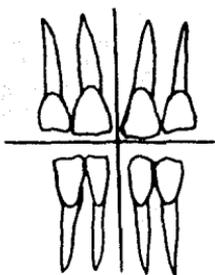
La diferencia entre las dos superficies está en que la mesial es más grande y la distal tiene a veces una concavidad en el tercioápical, provocada por la inclinación de la raíz hacia distal.



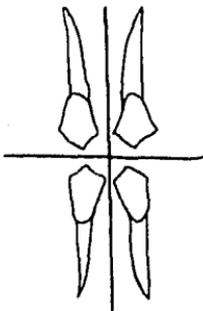
CORTE MESIODISTAL, POSICION LABIOLINGUAL DE LA RAIZ Y CORTE TRANSVERSAL A NIVEL DEL CUELLO.

CLASIFICACION Y REGISTRO. NOMENCLATURA Y DIAGRAMAS DENTARIOS.

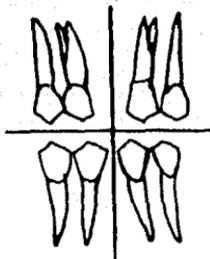
CLASIFICACION. - El grupo incisivo está formado por ocho dientes, en total, cuatro superiores y cuatro inferiores dos en cada cuadrante o media arcada, un central y un lateral, es igual en la dentadura infantil o primera dentición.



CANINOS. - Grupo formado por un diente en cada cuadrante uno superior y otro inferior, uno del lado derecho y otro del izquierdo, en total cuatro dientes, tanto en la dentadura infantil como en la de adulto.

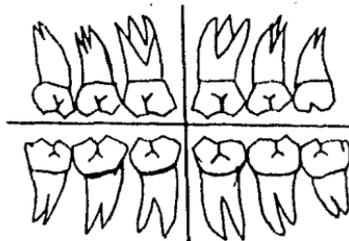


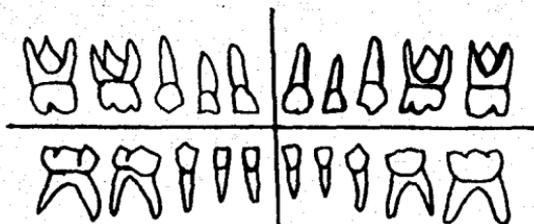
PREMOLARES.- Grupo formado por ocho dientes en total, dos en cada cuadrante y que son el primer premolar y el segundo premolar, - en el lado derecho como en el izquierdo, en la arcada superior como en la inferior, estos dientes solo existen en la dentadura de adulto o segunda dentición.



MOLARES.- Grupo formado por la dentadura infantil por ocho - pequeños dientes que corresponden dos para cada cuadrante y se llaman primer molar y segundo molar.

En la dentadura de adulto, el grupo de molares está formado - por doce dientes; corresponden tres a cada cuadrante, tanto del lado derecho como del izquierdo en la arcada superior como en la inferior, y se les llama: primer molar, segundo molar, tercer molar.





NOMENCLATURA: Los dientes de la primera dentición se nombran de la siguiente manera:

•

El primer diente después de la línea media: Incisivo central.

El segundo diente después de la línea media: Incisivo lateral.

El tercer molar después de la línea media: Canino.

El quinto diente después de la línea media: Segundo Molar.

Nomenclatura de los dientes de la segunda dentición:

El primer diente después de la línea media: Incisivo Central.

El segundo diente después de la línea media: Incisivo Lateral.

El tercer diente después de la línea media: Canino.

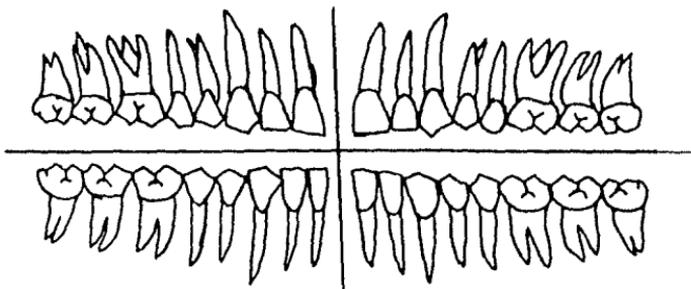
El cuarto diente después de la línea media: Primer premolar.

El quinto diente después de la línea media: Segundo premolar.

El sexto diente después de la línea media: Primer molar.

El séptimo después de la línea media: Segundo Molar.

El octavo diente después de la línea media: Tercer molar.



ERUPCION DENTAL:

- Erupción.
- Secuencia.
- Cronología.

ERUPCION.- Salida de los dientes a la cavidad oral.

SECUENCIA.- Orden de aparición.

CRONOLOGIA.- El tiempo.

La erupción es el mecanismo y movimientos que se van realizando en el momento, en que el diente se empieza a constituir, (formando esmalte y dentina).

Tiene los siguientes movimientos:

- Axial.- Hacia arriba.
- Inclinación.- La inclinación que existe con puntos de apoyo.
- Derivación.- Es la inclinación sin puntos de apoyo.
- Rotación.- El giro casi total sobre su propio eje.

La secuencia que existe de la primera dentición a la segunda - dentición conforme a la cronología o sea el tiempo.

Incisivo central	= A los 7 años.	1 = 7 años
Incisivo lateral	= A los 8 años.	2 = 8 "
El canino	= A los 11 años.	3 = 11 "
Primer premolar	= A los 9 años.	4 = 9 "
Segundo premolar	= A los 10 años.	5 = 10 "
Primer molar	= A los 6 años.	6 = 6 "
Segundo molar	= A los 12 años.	7 = 12 "

FACTORES ETIOLOGICOS DE CANINOS RETENIDOS:

Además de los factores etiológicos generales responsables de los dientes retenidos, hay otros factores etiológicos causantes de la retención de los caninos superiores. Según Dawell los factores son:

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

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

3.- La erupción de los dientes depende hasta cierto punto de un aumento asociado al desarrollo apical.

Esta ayuda a la erupción de los caninos está disminuida porque su raíz se halla normalmente más formada en el momento de la erupción que cualquier otro diente de la segunda dentición.

4.- Cuanto más grande es la distancia que un diente debe de recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, tanto mayores son las posibilidades de que se desvíe su curso normal y se produzca la retención consiguiente. El canino debe recorrer la distancia mayor de todos los dientes para llegar a la completa oclusión. Es igualmente cierto que cuando menos es la distancia que un diente debe recorrer, tanto menores son las posibilidades de retención. Los primeros molares permanentes son los que recorren la distancia más corta y los que rara vez son retenidos.

5.- Durante el desarrollo, la corona de los caninos permanentes está colocada por lingual del largo ápice de la raíz del canino de la primera dentición. Cualquier cambio en la posición o condición de este último, causada por caries o pérdida prematura de los molares de la primera dentición, se refleja a lo largo de su altura completa, hasta el extremo de la raíz, pudiendo causar fácilmente una desviación en la posición y dirección de crecimiento del germen del canino de la segunda dentición.

6.- Reabsorción retardada de las raíces de los caninos de la primera dentición.

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

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

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

Por consecuencia de estos factores, el canino es el tercero en frecuencia de los dientes retenidos.

Rohner demostró que los caninos superiores retenidos son veinte veces más frecuentes que los inferiores.

La retención por palatino es tres veces más frecuente que por vestibular.

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

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

CAPITULO IV.

POSICIONES DE LOS CANINOS RETENIDOS O INCLUIDOS:

Los caninos incluidos o retenidos se encuentran en el maxilar superior, en proporción, veinte veces más que en el inferior. Nadie ha sido capaz de explicar por que sucede en esta proporción la retención de los caninos, cuando los factores etiológicos son los mismos.

Con respecto al sitio de localización, es tres veces mayor por palatino que por vestibular. En el maxilar superior se presentan, generalmente en rotación sobre su eje longitudinal y en posición oblicua. Con frecuencia, se presentan en posición horizontal.

Los caninos aberrantes se encuentran entre el primero y segundo premolar, en la nariz, en el seno maxilar, en la órbita, en el labio, debajo de la lengua y debajo del mentón.

LOCALIZACION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS O INCLUIDOS:

Es importante que la posición de un canino retenido sea cuidadosamente determinada antes de la operación.

Esto se decide mejor por un examen radiográfico completo. Para establecer si se hallan en vestibular o en palatino, se utiliza la técnica radiográfica del desplazamiento de la imagen.

Estas radiografías deberán ser estudiadas e interpretadas correctamente. Por desgracia, rara vez ellos revelan la curvatura apical marcada que está presente.

La radiografía puede sugerir que la raíz de los caninos localizados palatinamente pase a través de reborde alveolar finalizando en la cortical ósea vestibular. Es de lamentar que aun la imagen oclusal sea a menudo de escaso valor para determinarse esta posibilidad, o no. Deberá decidirse, por fin, cuándo la corona y una parte de la raíz sean expuestos en la intervención para la extracción.

Hay, sin embargo, algunos indicios que pueden investigarse:

Puede haber un bulto bien evidente sobre el paladar.

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

En las retenciones vestibulares, en las cuales la corona del canino está en contacto con el tercio apical de la raíz del incisivo lateral, desviará la porción apical de la raíz del lateral hacia lingual y la corona hacia vestibular. En las retenciones horizontales en que la corona del canino está en contacto con el tercio medio o gingival del incisivo lateral, también la corona del lateral es movilizada hacia vestibular.

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

Los caninos superiores retenidos o incluidos se encuentran con mayor frecuencia en las siguientes posiciones:

1).- En el paladar, con la corona localizada por lingual del incisivo lateral y la raíz extendida hacia atrás, paralela a las raíces del premolar.

2).- Con la corona hacia lingual del incisivo central y la raíz extendida hacia atrás, paralela a las raíces de los premolares, extendiéndose hacia la superficie vestibular.

3).- Con la corona del diente retenido o incluido sobre la zona palatina y el cuerpo de la raíz sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

4).- Con la corona del diente retenido sobre la cara vestibular y la raíz extendida hacia lingual de las raíces del premolar.

5).- Con todo el diente colocado sobre la superficie vestibular.

6).- En bocas desdentadas.

7).- Retención bilateral sobre el paladar o sobre vestibular del maxilar superior.

POSICION PALATINA DEL CANINO SUPERIOR: La posición palatina es la situación más frecuente. Se hace una incisión en los espacios interdentes palatinos, empezando con el espacio entre premolares sobre un lado y alrededor de las fibras gingivales libres palatinas y espacios interdentes hasta el área del premolar, en el otro lado.

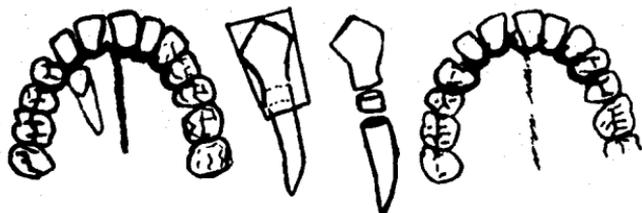
El pesado colgajo mucoperiostico se desprende del hueso con tureta, los contenidos del agujero incisivo se dividen con bisturí en el lugar en que entran al colgajo.

Se elimina hueso con el cincel empezando con un pequeño rectángulo por detrás del incisivo que aparece más cercano al diente incluído en la radiografía. El rectángulo tiene la misma anchura que el cincel al principio y se agranda en cuanto se localiza la corona de esmalte. Debe tenerse cuidado de diseccionar anteriormente en la región de los incisivos, y deberá de mantenerse un margen de 1 a 2 mm de hueso alrededor de sus alveolos. Cuando se ha expuesto la mitad o dos tercios del diente, se hace una hendidura en el cuello anatómico. Si la corona se encuentra cerca de los incisivos de manera que su punta esté en un socubado, se hace inmediatamente una segunda división, 3 mm hacia la punta, a partir del primer corte. Se retira la pieza pequeña, se empuja la corona hacia el espacio creado y se extrae, y se saca la raíz con un elevador o una cureta.

Las virutas óseas y desechos se eliminan, se alisan los bordes de la herida ósea con una cureta, se coloca una porción de una tableta de Sulfonamida en el defecto, y se cierra la herida con tres o

cuatro puntos de sutura a través de los espacios interdientales anudando sobre labial.

Se hace presión con un rollo de gasa de varios dobleces sobre el paladar durante 15 minutos para evitar la formación de un hematoma macroscópico.



POSICION LABIAL DEL CANINO SUPERIOR: Después de haber localizado el diente retenido, se hace una incisión grande, en media luna, extendiéndose desde el frenillo labial hasta el área del premolar, - con la curvatura apuntando hacia el borde gingival. Se elimina el hueso labial en la forma ya descrita hasta localizar el diente; puede estar alto; sobre la superficie facial del maxilar superior. Se cierra la herida y se puede poner como curación worder quirúrgico - para evitar que se contamine la herida.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM 39



CANINO INCLUIDO O IMPACTADO EL LABIAL

POSICION INTERMEDIA DEL CANINO.- La posición corriente del diente incluido en posición intermedia es con la corona sobre el paladar y la raíz sobre las puntas de los premolares, cerca de la corteza bucal. Incluso cuando no se formula diagnóstico de la afección antes de operar, deberá sospecharse su existencia al presentarse dificultades para extraer la porción radicular de cualquier canino colocado palatinamente.

La exposición palatina se hace haciendo un colgajo como ya lo he mencionado antes, y se extrae la corona, se hace un colgajo bucal separado en la región donde la radiografía nos lo mostro, generalmente se hace por encima y entre los premolares del mismo lado. La extirpación cuidadosa del hueso descubrirá la extremidad radicular donde está impactado el canino, que puede empujarse desde la abertura bucal hasta la herida palatina. Se cierra con sutura los dos sitios quirúrgicos.



FACTORES QUE COMPLICAN LA EXTRACTACION DE LOS CANINOS SUPERIORES
RETENIDOS O INCLUIDOS:

En razón de la proximidad de la corona o raíz de los caninos - retenidos a los dientes adyacentes (centrales, laterales, premolares), hay mucho peligro de lesionarlos y afectar también las estructuras - vitales en el área de la intervención.

En un gran porcentaje de los dientes incluidos en este caso - caninos, la porción radicular está separada del seno maxilar y cavidad nasal por una delgada pared de hueso, y en algunos casos solamente por el epitelio ciliado que lo reviste. Por esta razón, la posibilidad de forzar la raíz del canino dentro del seno maxilar, durante la extracción seccionada de un canino debe tenerse siempre presente esta posibilidad de fractura de esta parte tan delicada. Con bastante frecuencia se han producido aberturas de varios tamaños, en el seno maxilar. Debe observarse rigida asepsia, pues del otro modo podría sobrevenir una infección aguda del seno maxilar; en cambio, con una estricta asepsia, estas perforaciones accidentales de la membrana sinusal no traeran infección ni complicaciones graves.

Cuando el colgajo mucoso se coloca en su lugar y se sutura, - manteniéndolo en contacto con el hueso palatino, por varias horas, -

por medio de un apósito de gasa, la cicatrización se observa sin ninguna complicación.

Muchas de las raíces de los caninos retenidos tienen una pronunciada curvatura en el tercio apical; en la mayoría de los casos, tienen el ángulo recto.

Con frecuencia, la corona está sobre el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares (clase III), o aun sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

CAPITULO V.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS:

Los caninos superiores retenidos o incluidos se clasifican de la siguiente manera:

CLASE I.- Caninos retenidos localizados en el paladar:

- a: Horizontal.
- b: Vertical.
- c: Semivertical.

CLASE II.- Caninos retenidos localizados en la superficie vestibular del maxilar superior:

- a: Horizontal.
- b: Vertical.
- c: Semivertical.

CLASE III.- Caninos retenidos localizados a la vez en palatino y vestibular. Por ejemplo: La corona está en el paladar y la raíz pasa entre las raíces de los dientes adyacentes terminando con ángulo agudo sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

CLASE IV.- Caninos retenidos localizados en la apófisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar en posición vertical.

CLASE V.- Caninos retenidos localizados en un maxilar superior dentado.

CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS:

Cuando el canino puede ser llevado a su posición normal; por procedimientos quirúrgicos o con una combinación de cirugía y ortodoncia pudiendo ser desde edad temprana, no deberá ser extraído sobre todo en este caso de edad temprana, sino ser llevado a su posición normal con la ayuda de ortodoncia y la cirugía.

IMPACCION DE CANINO SUPERIOR EN EL MAXILAR:

Las impacciones del canino superior se clasifican como labial, palatina o intermedia. La localización es importante, puesto que las técnicas quirúrgicas para eliminar los tres tipos varían tanto, que son operaciones totalmente distintas.

Pueden examinarse radiografías intrabucales para estimar la forma del diente, así como su localización, la palpación clínica sobre el lado labial no es segura, puesto que la protuberancia sentida puede ser el diente impactado o la raíz del incisivo o premolar desplazado labialmente.

CAPITULO VI.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS CLASE I.

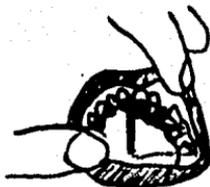
1.- Se empieza la cirugía como ya he descrito antes con asepsia y a continuación con un bisturí Bard Parker del No. 12 se seccionan los tejidos linguales alrededor del cuello de los dientes, desde lingual del incisivo central superior y hasta distal del segundo premolar.

2.- Después con una hoja No. 15 Bard-Parker, y a partir de la cresta de la papila interdental, en lingual entre los dos incisivos centrales, se hace una incisión longitudinal por el centro del paladar, con una extensión de 4 cm.

Esta incisión atraviesa el conducto nasopalatino (del incisivo), produciendo hemorragia, que se puede controlar por presión con una gasa esteril durante unos minutos. Si así no se frenara la hemorragia, se empaqueta una pequeña tira de gasa con yodoformo en el conducto.

Se separa el colgajo mucoso del paladar duro con un periostómo, hasta que la estructura ósea esté completamente expuesta. Se podrá ver ahora una prominencia en el hueso, o la corona del canino.

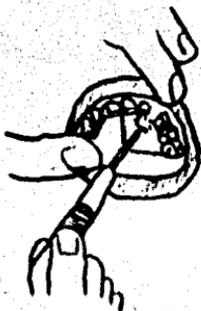
3.- Ya que se ha hecho esto con un taladro de punta o de lanza también puede ser con una fresa para cortar hueso, se hacen orificios en el hueso palatino, a una distancia de 3 mm uno de otro, alrededor del diente en su parte coronaria, con cuidado de no lastimar las raíces de los dientes vecinos.



MANERA DE HACER LA INCISION

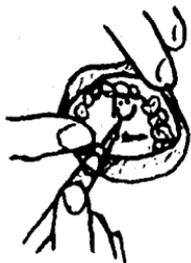


MANERA DE LEVANTAR EL COLGAJO



ORIFICIOS ALREDEDOR DE LA CORONA

4.- Con una fresa o escoplo y un martillo se unen estos orificios, y se saca este pedazo de hueso, que cubre a la corona, se aumenta el tamaño de la abertura con fresas, hasta que descubramos completamente la corona.



SE SACA EL HUESO Y SE AGRANDA EL TAMAÑO DE LA INCISION

5.- La excepción a esta regla será el caso en el cual una porción de la corona del diente retenido está en contacto con los rificos de los incisivos laterales o premolares.

Si se exponen las raíces de estos dientes, se lesionaran. En estos casos, se aumenta la abertura sobre el lado opuesto a la corona con fresas para cortar hueso, o se corta la corona separándola de la raíz.

6.- Después que se ha expuesto la corona del canino que está incluido por palatino, se coloca el elevador apical, sobre cada lado de la corona, y con doble movimiento de elevación se trata de levantar el diente de su lecho. Se tiene que tener mucho cuidado de la presión que se hace para no dañar a los dientes vecinos.

7.- Si no se tiene éxito en este primer intento, se hace más grande la abertura y se repite todo lo que se ha hecho hasta ahora; y con unos elevadores se saca el diente de su lecho. De la siguiente manera:



LEVANTAR EL DIENTE DE SU LECHO

8.- Si todavía no se ha extraído el canino se puede usar una pinza para extracciones del No. 226, haciendo un movimiento rotatorio. Con ayuda de esta pinza es más fácil cuando la raíz del diente retenido termina en un gancho.

Por que si usamos los elevadores, lo más probable es que fracturemos este tipo de raíz.

9.- Se limpian todos los restos, de sangre y hueso, sacando todas las astillas y suavizando los bordes del alveolo. Se remueve el folículo dentario, si está presente, se sube el colgajo a su sitio y se sutura.

10.- Se coloca un apósito de gasa estéril sobre el paladar, al nivel de la superficie oclusal. Se debe cortar un bajalenguas del largo que corresponda a la distancia entre la superficie vestibular de los premolares superiores derecho e izquierdo, y se redondea el extremo cortado, ya que la otra terminación la dejamos sin cortar para que quede la forma redondeada del bajalenguas.

Esto se coloca sobre el apósito palatino, y se le dice al paciente como morderlo. En caso de que el paciente este dormido bajo la anestesia general, se pueden hacer unas suturas de seda por los puntos de contacto de los premolares de los dos lados del arco, se tienden sobre el apósito palatino y se anudan. Se tiene que mantener este apósito en su sitio durante cuatro horas.



SUTURA DEL COLGAJO

OTRA TECNICA PARA LOS CANINOS INCLUIDOS CLASE I.

Esta técnica se aplica cuando la punta de la corona del canino está en contacto con las raíces de los incisivos centrales y laterales.



COLGAJO LEVANTADO Y ORIFICIOS DEL TEJIDO OSEO

1.- Después que la corona del diente se ha expuesto parcialmente, se secciona con una fresa de fisura dentada grande. Esta pérdida de sustancia dentaria permite correr la corona hacia atrás, sin molestar los dientes bajo los cuales está apoyada.

2.- Hágase otro orificio en la raíz del diente, con una fresa. Se incarta la punta de un elevador apical en este orificio, muévase la raíz hacia adelante, con el huso palatino como punto de apoyo, - es cuando se puede extraer.



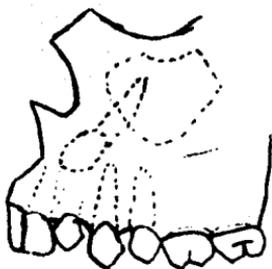
EXPOSICION PARCIAL DE LA CORONA PARA EVITAR LESIONAR
LOS DIENTES VECINOS.

3.- Se limpia el alveolo, se sutura el colgajo y se coloca un apósito de gasa.

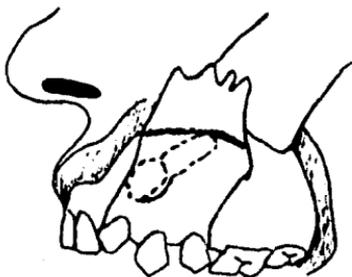
CAPITULO VII.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS CLASE II.

La clase II es la extracción de un canino superior retenido o incluido por vestibular. Hay relación con la cavidad nasal, el seno maxilar y las raíces de los dientes superiores.



Con una fresa de fisura se expone la corona puede ser también con una fresa de Faluman; después de haber hecho el colgajo con un bisturí.



Como siguiente paso con unos elevadores apicales Miller No. 73 y No. 74. Apoyándose en la cortical debajo de la corona se empieza a elevar el diente de su alveolo.



Pero si el hueso que cubre la raíz es grueso y muy denso, puede permitirse liberar el diente, se secciona entonces la corona a la mitad con una fresa de fisura dentada, separando la corona de la raíz y se extrae la corona.



A continuación con un escoplo, se expone varios milímetros la superficie de la raíz.



Después se realiza una perforación de la raíz, que nos permite colocar la punta de un elevador del No. 11 en esta raíz, con punto de apoyo en la cortical; se procede a mover la raíz hacia el espacio creado por la extirpación de la corona. Se baja el colgajo se sutura y se pone un apósito de Wondar quirúrgico.



TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS; CLASE III:

Donde la corona está por vestibular y la raíz se extiende dentro del paladar. Los pasos a seguir son los siguientes:

1.- La corona está por vestibular y la raíz se extiende hacia-lingual de las raíces de los premolares.

2.- Se hace la incisión para el colgajo alrededor de los cu-llos de los dientes y después hacia el arco vestibular, con un ángu

lo de 45°. Después se levanta el colgajo con el periostótomo.

3.- Se elimina la cortical vestibular con fresas y escoplos. - Se hacen las perforaciones como todas las clases ya descritas antes, pero teniendo cuidado de controlar la profundidad de penetración para no dañar a los dientes adyacentes ni al seno maxilar.

4.- Se va a tratar de tomar la corona con una pinza para extracciones del No. 226. Esto se hace con movimientos de rotación hacia mesial y hacia distal, después hacia vestibular, y entonces el diente sale de ese sitio.

Si no se tiene éxito, se tendrá que cortar la corona y hacer un colgajo palatino, se quita el hueso que recubre la raíz, siguiendo con un instrumento roma para empujar la raíz a través de la abertura vestibular hacia palatino.

OTRA TÉCNICA PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS RETENIDOS DE CLASE III.

En donde la corona está en el paladar, y la raíz, sobre vestibular.

1.- Se hace un colgajo vestibular semicircular, sobre la raíz.



2.- Se hace la exposición radicular, por la eliminación de hueso, con fresas y ayuda del escoplo.

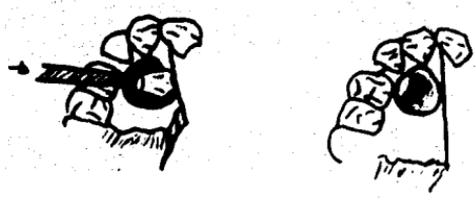


3.- La raíz se separa por medio de un escoplo afilado o fresa de fisura. Si se usa el escoplo, el golpe se dirige hacia arriba para evitar la traumatización de las raíces vecinas. Se eleva la raíz de su lecho.

4.- Se precede a hacer un colgajo palatino y se quita completamente el hueso que cubre la corona para exponer la periferia.



5.- Se coloca un instrumento roma en contacto con el extremo radicular de la corona, a través de la cavidad vestibular, y se golpea con un martillo, sacando la corona de su sitio.



6.- Se vuelven los colgajos a su lugar y se suturan como ya he explicado antes.



sutura Por Vestibular

CAPITULO VIII.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS EN UNA BOCA DESDENTADA.

La incisión que se hace para el canino retenido por palatino se hace a lo largo de la cresta y el centro del paladar con una extensión de 4 cm.

La técnica que se utiliza es la misma que las anteriores pero es más fácil por que no hay peligro de traumatizar las raíces de los dientes contiguos ya que no existen.

Se hace el colgajo por palatino, se expone la corona parcialmente, y se secciona con una fresa de fisura, se hacen otro orificio en la raíz del diente, y con un elevador apical se mueve la raíz hacia adelante con el apoyo del hueso palatino y se puede extraer más fácil después se limpia el alveolo, y se sutura el colgajo de la misma manera que se hace con las técnicas anteriores.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS BILATERALES RETENIDOS EN PALADAR:

Se presenta el problema de si debemos extraer un canino o los dos al mismo tiempo y esto depende de la dificultad del caso, ya que solo lo podremos saber con radiografías. Una retención bilateral simple en el adulto joven y sano puede ser efectuado al mismo tiempo.

Pero si se trata de retenciones difíciles, sería conveniente - hacerlas por separado. En cuanto a la técnica es la misma que ya he mencionado antes en las clases de retención que existen y según sea el caso se debe proceder con la técnica.

El problema del tipo de colgajo es cuando se presenta en estos casos. Se hace un colgajo simple bilateral que consiste en cortar - el paquete vasculonervioso nasopalatino (incisivo) al entrar en el - colgajo.

Ya que las relaciones de los vasos y nervios se restablecerán - en pocas semanas, después de la cirugía.

La provisión sanguínea colateral es adecuada para mantener la - vitalidad del colgajo. Es especialmente importante colocar y mante-- ner un apósito palatino en estos casos.

Se coloca el apósito de goma sobre el paladar, a nivel de la - superficie oclusal. Se corta un bajalengua del largo que correspon-- da a la distancia entre la superficie vestibular de los premolares su-- periores derecho e izquierdo, y se redondea el extremo cortado del - bajalengua.

Se coloca esto sobre el apósito palatino y se le dice al pa-- ciente como morderlo. Ya que si el paciente está dormido, se pueden - hacer suturas con seda por los puntos de contacto de los premolares - de ambos lados del arco, se tienden sobre el apósito palatino y se - anudan.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS COMO AYUDA EN EL TRATAMIENTO ORTODONTICO.

Por procedimientos quirúrgicos se puede exponer la corona de un diente retenido o no erupcionado, con la esperanza de que erupcione espontáneamente y sea llevado a su sitio por medios de la ortodóncia.

Mediante radiografías periapicales se localiza el diente no erupcionado, se utiliza la técnica radiográfica del desplazamiento de la imagen. Se deberá de tener precaución de premedicar al paciente, y en especial si es niño.

EXPOSICION DE CANINOS NO ERUPCIONADOS LOCALIZADOS POR PALATINO:

Se hace una incisión alrededor del área de la corona y sobre ella, pasando sobre el ecuador. Se elimina este tejido y se controla la hemorragia con el ansa de coagulación.

En los niños, es bastante blando. Se deberán usar fresas para hueso para eliminar el hueso suprayacente hasta llegar a la corona del diente y sobrepasar su ecuador.

Se llena la cavidad con un cemento medicamentoso que debe llenar los siguientes requisitos: Oxido de Zinc, Eugenol y Polvo de Resina, se deben incorporar fibras de asbesto o algodón en la masa del cemento, hasta que éste quede espeso; se coloca por encima y por debajo de la corona.

El paso siguiente es cubrir el espacio con papel de estaño, se bruña y se deja en ese lugar por espacio de cuatro o cinco días.

Si hay dificultades para mantener el papel de estaño en su sitio se puede usar un aparato removible. Los apósitos son cambiados hasta que la periferia de la abertura epitelice. En algunos casos los caninos no erupcionan. En este caso se tendrá que extraerlos.

Con la extirpación quirúrgica del mucoperiostio y tejido óseo palatino, cinco meses después el diente puede erupcionar sin otro procedimiento que el quirúrgico. Posteriormente con medios ortodónticos aplicando tracción por medio de ligaduras unidas a casquetes sobre los caninos, hace que los caninos se dirijan hacia vestibular. Todo esto lo tiene que hacer en especialista en la rama de la ortodoncia ya que la rotación es hecha con los medios ortodónticos comunes.

CAPITULO IX.

CONCLUSION PERSONAL

A lo largo de la carrera aprendí a quererla; y sentir por los pacientes su dolor como propio.

Digo esto; ya que por lo general como estudiante que sale de la preparatoria, no sabemos que carrera elegir, unos nos vamos por la presión familiar a seguir una carrera y otros por la falta de orientación al respecto y al cabo de uno o dos semestres, sino es que antes desertan de la facultad. Y los alumnos que quedaron fuera de la universidad no pueden aprovechar el lugar que fue ocupado y de ocupado antes del año escolar.

Comento lo anterior, para poder dar una conclusión general, que en mi caso particular estuvo a punto de suceder, desertar el primer semestre. Pero ahora puedo decir que me costo mucho trabajo querer a esta carrera tan noble y bonita; pero tengo la satisfacción de haber terminado amandola. Y queriendo aprender más de ella. Y en la vida así es lo que nos cuesta trabajo es lo que más apreciamos y disfrutamos.

Con respecto a la tesis dire con sinceridad, por que escogi este tema de la extracción de los caninos retenidos; es sencillo, se me hizo en el curso de cirugía tan difícil y traumático tanto para el paciente como para mí. A tal grado que decidí por mi mala expe--

riencia aprender un poco más, aunque solo en teoría de hacer una cirugía de este tipo, puedo decir que me ayudo mucho por que desconocia que existían varias técnicas para la extracción de los caninos - según la posición en que estos se encuentren.

Y en verdad, es interesante; comprar las técnicas de varios - autores, por que tienen cierta similitud en el procedimiento, para - no establecer una regla.

Puedo decir, que amplie un poco más mi criterio acerca de - esta carrera; y no con esto quiero decir que aquí acaba mi tiempo de estudiar; No, al contrario, aquí empieza la verdadera carrera de - Cirujano Dentista por mi misma. Y nunca quedara con los conceptos - básicos sino buscar más y estudiar cada día para llegar a ser una - verdadera Cirujano Dentista.

BIBLIOGRAFIA

- a).- CIRUGIA BUCAL W. HARRY ARCHER.
Editorial Mundi S.A.I.C. Traducción y Adaptación de la -
4ta. Edición.
- b).- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. GUSTAVO O. KRUGER.
Editorial Interamericana. 4ta. Edición.
- c).- Ayuda de los apuntes casi de toda la carrera.
- d).- OPERATORIA DENTAL. ARALDO ANGEL RITACCO.
Editorial Mundi S.A. 4ta. Edición.
- e).- CIRUGIA BUCAL. GUILLERMO A. RIES CENTENO.
Editorial El Ateneo. 8a. Edición.