

2j-997

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM
CANINOS RETENIDOS

EN

MAXILAR Y MANDIBULA

Revisado por
Jorge Valencia Rivera

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

JORGE VALENCIA RIVERA

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TEMARIO

INTRODUCCION

- TEMA I. - ANATOMIA HUMANA EN RELACION A LA CIRUGIA
 - TEMA II. - ETIOLOGIA
 - TEMA III. - CLASIFICACION SUPERIOR E INFERIOR Y SUS RETENCIONES
 - TEMA IV. - HISTORIA CLINICA
 - TEMA V. - ANALISIS CLINICO
 - TEMA VI. - ESTUDIO RADIOGRAFICO
 - TEMA VII. - TRATAMIENTO PREOPERATORIO
 - TEMA VIII. - INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZAN EN TEJIDOS BLANDOS Y TEJIDOS DUROS.
 - TEMA IX. - PASOS PARA EFECTUAR EL ACTO QUIRURGICO
 - TEMA X. - INTERVENCION QUIRURGICA
 - TEMA XI. - TRATAMIENTO POSOPERATORIO
 - TEMA XII. - ACCIDENTES EN LA CIRUGIA
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La presente es una síntesis de lo que es parte importante de la cirugía buco-dental.

Teniendo como propósito, dar a conocer técnicas y métodos para la extracción de caninos retenidos en maxilar y mandíbula.

Como también accidentes que se puedan presentar en una intervención de esta índole.

Sin menos preciar la destreza del cirujano dentista para la realización de este trabajo.

Espero que éste sea de gran utilidad para mis compañeros y que sirva de aliciente para los futuros cirujanos dentistas.

TEMA I

ANATOMIA EN RELACION A LA CIRUGIA BUCODENTAL.

REGION LABIAL

Forma la pared anterior de la cavidad bucal.

LIMITES: Arriba. - Extremidad superior del subtabique, borde de las ventanas nasales y surco labiogeniano.

Abajo. - Surco Mentolabial

Afuera. - Surco Labiogeniano.

Vasos y Nervios. - Arterias coronarias, una superior y otra inferior las cuales corren cerca de la mucosa y próximos al borde libre de los labios.

Venas. - Las venas de los labios terminan en las venas faciales y submentales.

Linfáticos. - Proceden de dos redes: Red mucosa y Red cutáneas.

Desembocan en los ganglios submaxilares y submentonianos.

Nervios. - Motores y Sensitivos.

Músculos. - Mirtiforme. - Se inserta en la fosilla mirtiforme y -

eminencia canina.

**Situado debajo del semiorbicular superior, elevador del ala -
de la nariz y del labio superior.**

Canino. - Inserción. - Fosa canina.

Debajo. - Del agujero suborbitario.

REGION MENTONEANA.

Situada por debajo de la región labial.

Límites: Arriba. - Surco mentolabial

Abajo. - Borde inferior de la mandíbula.

A los lados. - Por la prolongación imaginaria del surco labio-
geniano.

Músculos. - Triangular de los labios. - Toma su inserción ósea
en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar.

**Músculo cuadrado de la barba. - Se inserta en el mismo tercio
interno que el triangular.**

Músculo borla de la barba. - Tiene su inserción ósea en la ---
eminencia alveolares del incisivo central, lateral y canino.

VAROS y Nervios. - Arterias. - Proviene de la arteria mento-
neana.

Venas. - Desembocan en la vena facial y submental.

Linfáticos. - Terminan en los ganglios submaxilares suprahioi-
deos.

Nervios. - Motores: Dependen del facial sensitivos: Tienen dos
orígenes:

1). - Del nervio mentoniano

2). - De la rama transversa del plexo cervical superficial.

REGION MASETERIANA .

Situada en las partes laterales de la cara .

LIMITES: Arriba: arco cigomático

Debajo: Borde Inferior de la mandíbula .

Detrás: Borde posterior de este hueso .

Delante: Borde anterior del músculo masetero .

MUSCULO MASETERO: Tiene su inserción superior en el arco cigomático y se inserta en la cara externa de la mandíbula, cubre la mayor parte de la rama ascendente y está separado del buccinador por la bola adiposa del Bichat.

VASOS Y NERVIOS: El sistema vasculonervioso de esta región se clasifica en dos grupos:

A). - GRUPO SUPERFICIAL. - Arterias. - Transversal de la cara y arteriafacial.

Venas. - Desembocan en la vena facial en la temporal superficial y en la yugular externa.

Linfáticos. - Son tributarios de los ganglios submaxilares.

Nervios. - Pertenecen a las ramas del nervio facial.

B). - GRUPO PROFUNDO. - Arteria maseterina. - Que se distribuye por el músculo maseterino.

Venas Maseterinas. - Desembocan en el plexo pterigoideo.

Nervios. - Nervio Maseterino, Rama del nervio maxilar inferior.

REGION GENIANA.

Situada a ambos lados de la cara.

LIMITES: Arriba. - Borde inferior de la orbita.

Atrás. - Borde anterior del músculo masetero.

Abajo. - Borde inferior de la mandíbula.

Adelante. - Surcos nasogeniano y labiogeniano.

CAPA MUSCULAR SUPERFICIAL. - Comprende los músculos cutáneos, orbicular de los párpados, el elevador común del ala de la nariz y del labio superior el canino, cigomático mayor y menor.

CAPA MUSCULAR PROFUNDA. - Intervienen en ella el músculo buccinador que forma la pared externa, del vestibulo bucal extendiendo se desde el maxilar superior al inferior.

PLANO OSEO. - Parte del hueso malar.

Cara externa del maxilar superior.

Cara anterior de la mandíbula.

VASOS Y NERVIOS. - **ARTERIAS.** - Lagrimal, Infraorbitaria, - Alveolar Bucal, La Transversal de la cara y la facial.

VENAS. - Desembocan en tres troncos: vena facial, Vena - temporal superficial y el plexo pterigoideo.

LINFATICOS. - Son tributarios de los ganglios submaxilares.

NERVIOS. - Motores. - Dependen del facial por sus ramas cervicofacial y temporofacial.

Sensitivos. - Proviene del lagrimal, rama del oftálmico del - bucal, rama del maxilar inferior del maxilar superior que sale por - el agujero suborbitario.

REGION DE LA FOSA CIGOMATICA.

Ocupa las paredes laterales de la cara.

LIMITES: Arriba. - El arco cigomático y una porción del ala - mayor del esfenoides.

Abajo. - Un plano tangente al borde inferior de la mandíbula.

Dentro. - La faringe y la apófisis pterigoides.

Afuera. - La cara interna de la rama ascendente

Adelante. - La tuberosidad del maxilar.

Atrás. - La capa anterior de la parótida

MUSCULOS PTERIGOIDES: a). - Pterigoideo externo. - Nace -- por dos fascículos: superior; el esfenoidal, inferior; el pterigoideo.

b). - Pterigoideo interno. - Se dirige desde la fosa pterigoidea - hacia afuera, abajo y atrás y va a insertarse de la rama ascendente.

VASOS Y NERVIOS. - Arteria maxilar interna. - Esta arteria - es rama terminal de la carótida externa, nace a nivel del cuello del -- cóndilo y se dirige hacia la fosa pterigo maxilar.

NERVIOS. - Nervio maxilar inferior. - Tercera rama del trigemino sale del cráneo por el agujero oval.

Nervio maseterino. - Nace del nervio maxilar inferior.

Nervio bucal. - Se dirige hacia afuera y adelante, pase entre los dos haces del músculo pterigoideo externo y deslende hacia el buccinador.

Nervio dentario inferior. - Se introduce en el orificio superior - del conducto dentario inferior.

Nervio Lingual. - Situado por delante del nervio dentario inf.

REGION DE LA FOSA PTERIGOMAXILAR.

Situada por dentro de la fosa cigomática.

Ocupa la fosa pterigomaxilar y está ubicada por detrás de la -
tuberosidad del maxilar superior.

ARTERIA MAXILAR INTERNA. - Dentro de la fosa de las si-
guientes ramas:

La infraorbitaria, la palatina superior, la vidina, la pterigopa-
latina y la subpalatina.

VENAS. - Acompañan a la arteria maxilar interna en forma de
dos plexos:

Plexo alveolar y Plexo pterigoideo.

Nervio Maxilar. - Sale del cráneo por el agujero redondo ma-
yor y en la fosa pterigomaxilar recorre un trayecto de atrás a adelan-
te y de dentro a fuera, se introduce en el conducto infraorbitario, lo -
recorre y emerge en forma de penacho por el agujero infraorbitario.

REGION GINGIVODENTARIA

Consta de tres elementos en relación con la cirugía bucal: La encía, El hueso y los Dientes.

1. - La encía. - Cubre las arcadas alveolares y la bóveda palatina se continúa sin límites de demarcación precisos con la mucosa de la cavidad bucal.

La encía desde el punto de vista histológica está formada por dos porciones: La porción mucosa y la Porción Submucosa.

A). - PORCION MUCOSA . - Pertenece al tipo de tejido epitelial pavimentoso estratificado.

B). - PORCION SUBMUCOSA . - Esta constituido por tejido conjuntivo denso.

A). - LA PORCION MUCOSA . - Consta de cuatro partes:

- a). - La capa córnea
- b). - La capa lucida
- c). - La capa granulosa
- d). - La capa generatriz.

B). - LA PORCION SUBMUCOSA: Esta formada por dos capas:

- a). - La capa de las papilas
- b). - La capa reticular.

REGION PALATINA

Llamada así la pared superior y posterior de la cavidad bucal consta de dos porciones: Porción anterior denominada. - Bóveda palatina.

Porción Posterior denominada. - Velo del paladar.

1). - La bóveda palatina consta de tres capas:

1). - LA MEMBRANA MUCOSA

2). - EL ESQUELETO OSEO

3). - VASOS Y NERVIOS

1). - MEMBRANA MUCOSA. - Adherida al periostio subyacente forma con el una membrana denominada fibromucosa palatina.

2). - ESQUELETO OSEO. - Está constituido por las dos apofisis palatinas de los maxilares superiores que se sueldan en la línea media.

3). - VASOS Y NERVIOS. - Arterias. - Las arterias de la bóveda palatina provienen de dos fuentes:

1). - Las que emergen del conducto palatino anterior.

2). - Y las del palatino posterior.

VENAS. - Corren paralelas a las arterias.

LINFATIGOS. - Desembocan en los ganglios profundos del cuello.

NERVIOS. - Motores y Sensitivos provienen del ganglio esfenopalatino.

Los motores. - Están destinados a la motilidad del velo del paladar.

Los sensitivos. - Proviene del ganglio esfenopalatino.

II. - VELO DEL PALADAR. - Está constituido por las dos primeras capas de la bóveda palatina, por el lado nasal la cubre la misma mucosa pituitaria continuación de la nasal.

REGION GLOSOSUPRAHIOIDEA:

LIMITES: Arriba: El borde inferior de la mandíbula desde el mentón al gonión.

Abajo. - El plano que pasa por el cuerpo del hioides, desde la línea media hasta el borde anterior del esternocleidomastoideo.

Adelante. - La línea media.

Atrás: El borde anterior del esternocleidomastoideo.

MUSCULOS: 1). - **Milohioides**. - Uno para cada lado, se insertan en la línea milohioides del maxilar inferior. Y dirigiéndose hacia abajo y adentro se insertan en el hueso hioides.

2). - **Digástrico**. - Uno para cada lado, se extiende desde la base del cráneo al hueso hioides y desde éste al borde inferior de la mandíbula y se inserta en la fosilla digástrica.

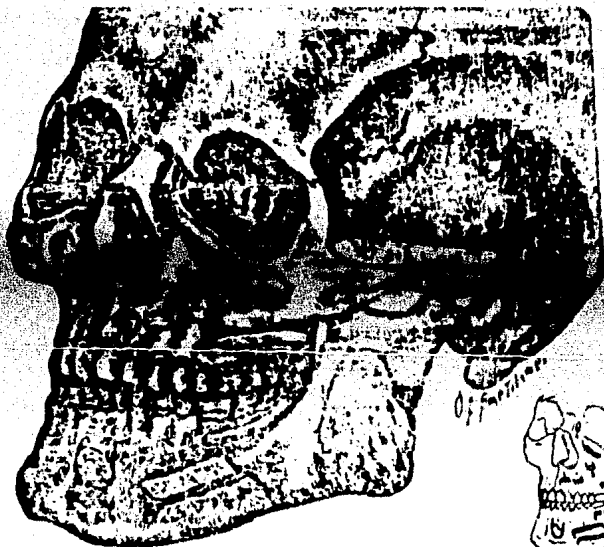
3). - **Estilohioides**

4). - **Higloso**

ARTERIAS. - Facial y Lingual que son las ramas de la carótida externa.

VENAS. - Facial y Lingual

NERVIOS. - Milohioides, rama del dentario inferior lingual, - rama del mandibular hipogloso mayor.



Inserciones musculares. 1, músculo masetero; 2, músculo borla de la barba; 3, músculo cuadrado de la barba; 4, músculo triangular de los labios; 5, músculo buccinador; 6, músculo incisivo; 7, músculo mentiforme; 8, músculo canino; 9, músculo elevador común del labio superior y del ala de la nariz; 10, elevador propio del labio superior; 11, músculo cigomático menor; 12, músculo cigomático mayor; 13, músculo temporal; la inserción inferior del músculo temporal se realiza por dos grupos de fibras, unas superficiales y otras profundas, relacionándose estas últimas con el ángulo diédro linguodistal del tercer molar inferior.

TEMA II

ETIOLOGIA

Razones etiológicas, por las cuales el diente no hace erupción.

1o. RAZONES EMBRIOLOGICAS

2o. OBSTACULOS MECANICOS

a). - FALTA MATERIAL DE ESPACIO

b). - HUESO DE TAL CONDENSACION QUE NO PUEDA SER VEN
CIDO EN LA ERUPCION.

c). - IMPEDIMENTO QUE SE OPONE A LA NORMAL ERUPCION

d). - ELEMENTOS PATOLOGICOS

3o. CAUSAS GENERALES

1). - RAZONES EMBRIOLOGICAS

Cuando la erupción de un gérmen dentario se sitúa alejado de la normal erupción, por razones mecánicas el diente originado por tal gérmen estara imposibilitado de llegar al borde alveolar.

El gérmen dentario puede hallarse en su sitio, pero es una angu-

lación tal, que al calcificarse el diente y empezar su erupción la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado esto hace que el diente en erupción tome una posición viciosa, y la fuerza de éste es débil de tal manera que no logra erupcionar normalmente.

2). - OBSTACULOS MECANICOS

Que pueden interponerse a la erupción.

2). - FALTA MATERIAL DE ESPACIO

El canino superior tiene su gérmen situado en lo más elevado -
de la fosa canina.

Completada su calcificación y en maxilares de dimensiones reducidas no tienen lugar para ocupar su sitio normal, se lo impiden el lateral y el premolar ya erupcionados.

b). - HUESO DE TAL CONDENSACION QUE NO PUEDA SER VENCIDO EN LA ERUPCION.

c). - IMPEDIMENTO QUE SE OPONE A LA NORMAL ERUPCION.

El impedimento puede ser un organo dentario, dientes vecinos, - que por extracción prematura del temporal han acercado sus coronas y posición viciosa de un diente retenido que choca con las raíces de los - dientes vecinos.

TEMA III

CLASIFICACION SUPERIOR E INFERIOR Y SUS RETENCIONES.

CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

CLASE I	MAXILAR DENTADO,	DIENTE UBICADO DEL- LADO PALATINO RE- - TENCION UNILATERAL.
a). - Cerca de la arcada dentaria		b). - Lejos de la arcada dentaria.
CLASE II	MAXILAR DENTADO:	DIENTES UBICADOS DEL LADO PALATINO RETEN CION BILATERAL.
CLASE III	MAXILAR DENTADO:	DIENTE UBICADO DEL - LADO VESTIBULAR. RETENCION UNILATERAL
CLASE IV	MAXILAR DENTADO:	UBICADOS POR VESTIBU- LAR. RETENCION BILATERAL.
CLASE V	MAXILAR DENTADO:	CANINOS VESTIBULO PA-

**LATINOS RETENCIONES
MIXTAS O TRANSALVEO
LARES.**

**CLASE VI MAXILAR DESDENTADO: DIENTES UBICADOS POR
PALATINO**

a). - Retención unilateral

b). - Bilateral

**CLASE VII MAXILAR DESDENTADO: DIENTES UBICADOS POR
VESTIBULO:**

a). - Retención unilateral

b). - Bilateral

CLASIFICACION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS.

**CLASE I MANDIBULA DENTADA: DIENTE UBICADO EN -
LINGUAL RETENCION -
UNILATERAL.**

a). - POSICION VERTICAL

b). - POSICION HORIZON-
TAL

**CLASE II MANDIBULA DENTADA: DIENTE UBICADO EN BU-
CAL RETENCION UNILA-
TERAL**

- a). - Posición vertical
- b). - Posición horizontal.

CLASE III

MANDIBULA DENTADA:

DIENTES UBICADOS EN LINGUAL

RETENCION BILATERAL

- a). - Posición horizontal.
- b). - Posición vertical.

DIENTES UBICADOS EN BUCAL

- a). - Posición horizontal
- b). - Posición vertical

CLASE IV

MANDIBULA DESDENTADA: RETENCION UNILATERAL

- a). - Posición horizontal
- b). - Posición vertical

CLASE V

MANDIBULA DESDENTADA: RETENCION BILATERAL

- a). - Posición horizontal
- b). - Posición vertical.



Esquema de los distintos tipos de retenciones de los caninos superiores: I, canino en retención palatina; II, canino en retención bucal.



Esquema de los tipos de retenciones de los caninos. A, cerca de la arcada; B, lejos de la arcada.

TEMA IV

HISTORIA CLINICA

1). - **DATOS PERSONALES:** Nombre, edad, estado civil, origen, dirección y teléfono.

2). - **ANTECEDENTES FAMILIARES:** Línea vertical, ascendente y descendente, Líneas colaterales.

Si viven los padres, si padecen algo y si es afirmativo cuál -- si murieron, cual fué la causa, después se investigan abuelos, bisabuelos etc. En colaterales es la misma situación hay que agregar los embarazos de la madre, si fueron a término, abortos etc. Además si padecen o padecieron diabetes, neoplasias, tuberculosis, hemofilia, sífilis, padecimientos mentales, cardiopatías, además número de enfermo en la escala familiar, alergias, alcoholismo, toxicomanías, neuropatías, obesidad, hipertensión y padecimientos nerviosos.

3). - **EXPLORACION FISICA:** Peso, estatura, pulso, respiración, temperatura, tensión arterial.

Se pasa a la exploración física: a) cabeza-pelo, piel y si hay -

Implicaciones.

b). - Ojos: estado de las conjuntivas, si estan retardadas, si hay reflejos palpebrales.

c). - Pituitarias: Septum. Estado de las mucosas, si hay anomalias, cornetes etc.

d). - Oídos: Presencia de sedumen, si hay hipoacusia.

e). - Cavidad bucal y sus anexos: Mucosa vestibular y palatina, de la boca, lengua, dientes pilosos, faringe, pared lateral de la faringe, lecho amigdalino si las mucosas están hidratadas secas, si tienen todos los movimientos si la masticación y deglución es normal, y anexos como ARTICULACIONES TEMPORO/MANDIBULAR y Glándulas salivales.

f). - Cuello: Forma y contenido, pulso carotideo, si es igual al radical, puntos dolorosos, infarto ganglionar.

g). - Tórax: Pulmones y ventilados, si los movimientos de espiración e inspiración son normales.

h). - Corazón: Latido y sus características, si es rítmico o arrítmico.

i). - Mamas: Puntos dolorosos y aumentos dolorosos en su interior, hundimiento del pezón ya que es síntoma de tumores malignos.

j). - **Articulaciones: Reflejos.** - Exploración ginecológica planos esqueléticos y si ha recibido tratamiento médico, en caso afirmativo que evolución y que medicación ha tenido.

Con todo esto se llegará a un diagnóstico de presunción.

4). - ANTECEDENTES PERSONALES:

A). - **NO PATOLOGICOS:** Higiene, habitación, alimentación, - ocupación, deportes, escolaridad, tabaquismo, alcoholismo, traumatismo maternos etc.

B). - **PATOLÓGICOS:** Enfermedades de la infancia como son: - sarampión, varicela, fiebres eruptivas etc, además gingivorragias - tuberculosis, en caso de que sea mujer, historia obstétrica y ginecológica.

5). - **PADECIMIENTO ACTUAL:** Motivo de la consulta y principales síntomas.

6). - **APARATOS Y SISTEMAS:** a) **DIGESTIVO:** Anorexia, Dispersia dolor etc. b) **RESPIRATORIO:** Obstrucción nasal, tos, expectoración. c) **CIRCULATORIO:** Disnea, dolor, edema. d) **NERVIOSO:** motilidad, parálisis. e) **PIEL:** mucosa y anexos. f) **SINTOMAS GENERALES:** Fiebre y anorexia etc.

7). - EXAMENES PREVIOS

8). - TERAPEUTICA EMPLEADA: Tiempo de tratamiento, me_
dicamentos, dosis diaria.

TEMA V

ANALISIS CLINICO

El análisis clínico de un canino retenido en el maxilar superior se realiza por medio de dos métodos.

A). - INSPECCION

B). - PALPACION

A). - INSPECCION. - La retención se hace sospechar por la ausencia del canino permanente y la persistencia del temporal en la arcada.

En caso de retención palatina o vestibular visualmente se ve elevación o relieve en el paladar o vestíbulo.

La ubicación del diente retenido nos dará la altura y forma de la bóveda palatina.

B). - PALPACION. - Con el dedo índice podemos confirmar la existencia de esta elevación. En caso de existir algún proceso infeccioso y una fistula lo confirmaríamos introduciendo una sonda que nos llevará a chocar con un cuerpo duro, el cual será la corona del canino.

En la mandíbula el relieve del diente es más visible o por lo menos más palpable. Por otra parte la inspección o palpación individualizan la existencia del diente retenido ya sea en posición vestibular o lingual.

TEMA VI

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Para realizar un estudio radiográfico que nos sea útil, es necesario ubicar al diente según los tres planos del espacio.

I. - PLANO SAGITAL

II. - PLANO HORIZONTAL

III. - PLANO VERTICAL

I. - PLANO SAGITAL. - Este se logra tomando varias radiografías con placas comunes esta técnica indica tres tomas que son necesarias para conocer la dirección anteroposterior del diente retenido y -- la relación de la corona y ápice con los órganos, cavidades y dientes -- vecinos.

TOMA ANTERIOR. - Se coloca la película en el lado palatino haciendo coincidir la línea media de la placa con el plano interincisivo.

TOMA MEDIA. - Se coloca la película orientada verticalmente -- haciendo coincidir su borde anterior con el espacio interincisivo.

TOMA POSTERIOR. - Se coloca la película haciendo coincidir --

al borde anterior con la cara distal del incisivo lateral.

En las tres tomas al borde inferior de la película debe estar horizontalmente colocado y en lo posible guardando una misma distancia con el borde incisal de los dientes vecinos.

II. - PLANO HORIZONTAL. - Radiografía oclusal con rayo central en la línea media e incidencia perpendicular a la placa. Esta radiografía no es precisa pues los rayos secundarios dan una imagen del diente que no es correcta, proyectándolo hacia las demás raíces de los dientes de la arcada para esto se tomara una segunda radiografía oclusal con rayo perpendicular a la placa y pasando por los premolares.

III. - PLANO VERTICAL. - Se coloca una placa sobre la mejilla opuesta al canino retenido dirigiendo el rayo central atravezando el maxilar en sentido horizontal y con incidencia perpendicular a la placa.

TEMA VII

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

El tratamiento preoperatorio es aquel en el cual se pone el organismo en las mejores condiciones para que soporte con éxito una intervención. Las indicaciones preoperatorias más importantes son:

TIEMPO DE COAGULACION Y DE SANGRIA.

EXAMEN DE ORINA.

TIEMPO DE COAGULACION. - Se determina extrayendo sangre del paciente, los lugares más accesibles para ello son el lóbulo de la oreja el pulpejo de un dedo. Se lava con alcohol el sitio de punción elegido y se espera que seque. Se toma con la derecha una aguja de Francke, o una aguja simple, se punciona de manera que brote una gota de sangre; la primera se desecha; la segunda es tomada por la parte central de un porta objetos. Este se inclina en sentido opuesto cada medio minuto. En cada movimiento la sangre tratará de escurrirse, cuando no lo haga significará que la sangre esta coagulada. Tiempo de coagulación normal - de 3 a 7 minutos.

TIEMPO DE SANGRIA. - Se pincha nuevamente la oreja o el dedo del paciente y se deja manar libremente la sangre. Esta es secada cada medio minuto con un papel secante. Tiempo de sangría -- 1 a 5 minutos.

EXAMEN DE ORINA. - El exámen de orina nos informa de la existencia de los elementos normales o anormales. Algunos de estos tales como la albúmina, la glucosa y la acetona exigen un tratamiento previo.



Obtención de sangre para el tiempo de coagulación.
A, punción del pulpejo de un dedo, con la aguja de Francke; B, toma de una gota de sangre sobre un portaobjetos; C, se desliza una segunda gota; D, con la punta de la aguja, se comprueba el momento en que el coágulo está formado.

TEMA VIII

INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZAN EN TEJIDOS BLANDOS Y TEJIDOS DUROS.

INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZAN EN TEJIDOS BLANDOS:

BISTURI

TIJERAS

PINZAS DE DISECCION

INSTRUMENTOS DE GALVANO Y TERMOCAUTERIO

LEGRAS, PERIOSTOMAS, ESPATULAS ROMAS

SEPARADORES.

INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZAN EN TEJIDOS DUROS:

ESCOPILOS Y MARTILLOS

PINZAS GUBIAS

FRESAS

LIMAS PARA HUESO

PINZAS PARA TOMAR ALGODON, GASA ETC.

PINZAS PARA EXTRACCIONES DENTARIAS

ELEVADORES

AGUJAS PARA SUTURA

PORTA AGUJAS

SONDAS

INSTRUMENTOS PARA PUNCION

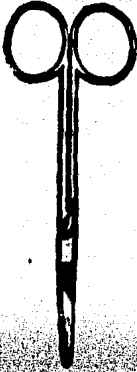
INSTRUMENTOS PARA DRENAJE

DRENAJE POR TUBOS

DRENAJE POR GASA

INSTRUMENTOS PARA LA LIMITACION DEL CAMPO

OPERATORIO.



TEMA IX

PASOS PARA EFECTUAR EL ACTO

QUIRURGICO.

1o. - INCISION.

2o. - OSTEOTOMIA.

3o. - OPERACION PROPIAMENTE DICHA.

4o. - TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

5o. - SUTURA.

1o. - INCISION. - Acto mediante el cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos.

2o. - OSTEOTOMIA. - Es la parte de la operación que consiste en eliminar o extraer el hueso.

3o. - OPERACION PROPIAMENTE DICHA. - Es la ejecución del tiempo objeto de la operación.

4o. - TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. - Es un tratamiento particular que se da, ya sea porque el hueso está afectado o porque la índole de la operación lo exige.

5o. - SUTURA. - Es la manobra que tiene por objeto, reunir los tejidos separados por la incisión.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

TEMA X

INTERVENCION QUIRURGICA.

(Como se hace)

Se toma el bisturí con la mano derecha apoyándolo sólidamente entre la cara palmar del dedo índice, la cara palmar del pulgar y el borde radial del dedo medio, la mano que maneja el bisturí debe tener un punto de apoyo, el cual se obtiene aplicando los dedos meñique y anular sobre la arcada dentaria vecina, sobre el arco alveolar o sobre, un plano resistente que pueda estar dado por los dedos de la mano izquierda, la cual a su vez se apoya sobre la cara del paciente. De esta manera la mano derecha adquiere fijesa y se procede a hacer el trazado de la incisión el cual debe ser recto y de una sola línea.

Para realizar cualquier tipo de incisión es aconsejable mantener tensa la fibromucosa o encía con los dedos de la mano izquierda - los cuales también apartan los labios o se apoyan sobre los separadores. Las incisiones deben llegar en profundidad hasta el tejido óseo - seccionando el tejido que cubre el hueso, el perlostio. Una incisión -- se realiza para obtener un colgajo, el cual es un trozo de mucoperlostio.

Realizada la insición, se coloca entre los labios de la herida o entre la fibromucosa y la arcada dentaria una legra o espátula, -- éste instrumento se esgrime de la misma manera que el bisturí y -- apoyandonos contra el hueso hacemos suaves movimientos de lateralidad con los cuales la espátula gira a expensas de su eje mayor, se despega el colgajo de su inserción en el hueso elevado por lo tanto la fibromucosa y periostio.

El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión que requiere la operación. Luego procedamos a hacer la osteotomía, la cuál puede hacerse con escoplos, pinzas, gubias y fresas.

OSTEOTOMIA CON ESCOPIOS. - Si el cirujano maneja martillo y escoplo, toma el primero con su mano izquierda entre la cara palmar del dedo pulgar y los pulpejos de los dedos índice y medio; el primer dedo entre los dos siguientes y oponiendo entre sí. Los restantes dedos, toman punto de apoyo en regiones vecinas. El martillo se toma con la mano derecha y actúa sobre el extremo del escoplo, - con golpes secos pero efectivos.

Cuando el hueso es papiráceo o está adelgazado por procesos patológicos el escoplo puede ser usado a presión manual tratando de introducirlo al interior del hueso y con sucesivas maniobras de esta índole determinarán una perforación más grande.

OSTEOTOMIA CON PINZAS GUBIAS. - Las pinzas gubias se usan para agrandar orificios previamente preparados con los escoplos. La pinza gubia se apoya en todo el hueso de la mano, con el pulgar sobre una de las ramas y las cuatro restantes contra la otra. -- Esta pinza posee un mecanismo que le permite abrirse, espontáneamente, después de cerrada por la mano del operador. Con sucesivos golpes de cierre y abertura, la pinza funciona como un sacabocados, extrayendo la cantidad de hueso requerido. Se introduce una de las ramas dentro de la cavidad ósea y la otra se coloca sobre la superficie y se cierra la pinza, el hueso que ha circunscrito las ramas es así eliminado.

OSTEOTOMIA CON FRESAS. - La fresa actúa eliminando el hueso, en su totalidad o realiza perforaciones sobre la tabla ósea, - el hueso limitado por las perforaciones es levantado con un escoplo. La fresa debe actuar siempre bajo un chorro de agua esterilizada o suero fisiológico, para evitar recalentamientos del hueso, que pudieran acarrear lesiones. El agua se proyecta con una jeringa de goma o de vidrio.

Una vez hecha la osteomía procederemos a cohibir la hemorragia de vasos seccionados la cual espontáneamente o cede a los primeros tratamientos, la hemorragia puede tener distintos orígenes y pueden ser gingivales, de la bóveda palatina, óseos, de la arteria o vena-

dentaria inferior o ramas dependientes de maxilar interna.

La hemorragia de las pequeñas arterias o venas gingivales se cohiben fácilmente por presión adosando nuevamente el colgajo, o -- presionando la zona sangrante con una torunda de gasa, seca o mojada con adrenalina o agua oxigenada. La hemorragia de los vasos de la bóveda palatina se cohibe por compresión con una torunda de gasa que se deja durante unos minutos sobre el sitio sangrante. Tales hemorragias si no ceden a los tratamientos indicados terminan cuando se rompe el colgajo a su sitio.

En caso de que fluya sangre entre el borde del colgajo y la arca dentaria habrá que descender el telón palatino y se aplicará un punto de cauterio sobre el vaso sangrante, posteriormente realizaremos el tratamiento de la cavidad ósea, ésta se realiza colocando dentro de ella medicamentos tales como vaselina, vaselina voricada, caldos y vacunas o también gasas con medicamento con fenol alcanforado y balsamo de Perú. Y para finalizar la intervención quirúrgica procederemos a hacer la sutura.

Para realizar la sutura nos valdremos de la siguiente técnica:-- manejadas a mano, se sostiene la aguja fuertemente entre la cara palmar del dedo pulgar y de los dedos índice y medio, en cirugía bucal se acostumbra a iniciar la sutura en la cara palatina o lingual del maxilar y terminarla en la cara bucal. La aguja se maneja también, con la

mano derecha, aplicado en el hueso de la mano y dirigido por el pulgar por un lado, y los tres últimos dedos en el lado opuesto; el índice apoyado contra el instrumento sirve de director. Este instrumento toma la aguja en el centro de su arco, la aguja debe estar enherbada antes de iniciar la maniobra. La aguja perfora la fibromucosa la cual aparece en la superficie, perfora nuevamente la fibromucosa del colgajo opuesto y vuelve a aparecer, en este momento el porta-agujas abandona la aguja de su lugar de toma y vuelve a aislarla del otro lado para ayudar el paso de la aguja. Las suturas las podemos realizar por medio de dos métodos por puntos separados o sutura continua el primer método consiste en realizar puntos independientes uno de otro. El segundo se inicia sobre una extremidad de la arcada y se termina en la línea media o en la otra extremidad de la arcada.



Doble retención de caninos superiores. Incisión.



Despegamiento del colgajo.



Los coronas de los caninos, al descubrirse.



Sección de la corona del canino izquierdo.



Extracción de la corona con un elevador.



Extracción de la raíz del canino izquierdo.



Los alvéolos vacíos.



Sutura.

TEMA XI

TRATAMIENTO POSOPERATORIO

Es un conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, para esto se necesitan los siguientes cuidados posoperatorios:

1. - HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL
2. - FISIOTERAPIA POSOPERATORIA
3. - CUIDADO DE LA HERIDA
4. - EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA
5. - TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE
6. - ALIMENTACION DEL RECIEN OPERADO.

1. - HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL. - Terminada la operación, el ayudante lava con cuidado la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, esto lo hará con una gasa mojada de agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento para eliminar la sangre, saliva o restos que suelen depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la flora micro

biana bucal. Ya realizada la formación del coágulo, el paciente, en su domicilio hará lavajes suaves de su boca, cuatro horas después de la operación con una solución anticéptica.

2. - FISIOTERAPIA POSOPERATORIA. - Se han preconizado el empleo de agentes físicos como el frío, calor, lámpara solux y rayos ultravioletas.

3. - CUIDADOS DE LA HERIDA. - Después del segundo día de la herida será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio.

4. - EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA. - Al 4 o 5 día se extraen los puntos de sutura, se pasa un algodón mojado con tintura de yodo sobre el hilo a extraer con el objeto de esterilizar la parte del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentra infectado. Con la mano izquierda se toma una pinza de disección o pinza de algodón, y con ésta vamos a tomar un extremo del nudo que emerge sobre los labios de la herida, y se tracciona el hilo, para obtener un trozo de éste y -- cortarlo. Con una tejera tomada con la mano derecha se corta el hilo, la mano izquierda sigue traccionando el hilo para extraerlo del interior de los tejidos. De esta manera se eliminan todos los puntos de sutura -- procurando no lastimar la encía, ni entreabrir los labios de la herida.

5. - TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE. - Este tratamiento se refiere al mantenimiento del pulso, de la tensión arterial de

la alimentación del paciente y del tratamiento general de las complicaciones posoperatorias.

6. - ALIMENTACION DEL RECIEN OPERADO. - La primera comida la hará seis horas después de operado. Consiste en una taza de té y leche tibia, seis horas después podrá tomar:

Puré de papas

Jugo de carne

Jugo de tomate

Compota de manzana

TEMA XII

ACCIDENTES EN LA CIRUGIA

Entre los muchos accidentes que pueden ocurrir durante o después de las extracciones de los dientes retenidos, pueden mencionarse los siguientes:

1. - HEMORRAGIA
2. - HEMORRAGIA PRIMARIA
3. - HEMORRAGIA SECUNDARIA
4. - HEMATOMA
5. - INFECCION
6. - DOLOR.

CONCLUSIONES

Es muy importante tener presente que en la cavidad oral debemos dar la importancia a una simple caries, como también a una intervención quirúrgica de un canino incluido.

Pues en la práctica diaria del cirujano dentista, se debería desarrollar una labor preventiva para disminuir el porcentaje de impac-taciones evitando las extracciones prematuras en los niños.

Lo dicho anteriormente es una pequeña conclusión viéndola desde un punto de vista etiológico preventivo; pero lo que queremos es en realidad, desarrollar una buena técnica tomando todos los cuidados necesarios para evitar los traumas en el paciente.

Los modernos conocimientos y descubrimientos en técnicas quirúrgicas han estandarizado los procedimientos de exodoncia de forma que las extracciones no tienen que ser consideradas como experiencias traumáticas o terroríficas.

Por el empleo de técnicas adecuadas, los dientes pueden ser extraídos sin dolor ni traumatismo. Para que esto suceda así, debemos tener tres principios básicos en la exodoncia:

1. - Conseguir un acceso adecuado

2. - Crear una via libre para la extracción.
3. - Empleo de fuerzas controladas.

Estos principios básicos son igualmente de aplicación, cualquiera que sea la técnica o técnicas empleadas. No depende ni del tipo de forceps ni instrumentos empleados ni de la posición del enfermo o del operador, cuando se les debe practicar alguna extracción dentaria.

Los problemas que se relacionan directamente con la intervención quirúrgica requieren ciertos cuidados hacia el paciente: una terapéutica racional antibiótica, anestesia, medicación, balance nutritivo, juicio quirúrgico y mucha habilidad.

Consideraremos la importancia de este trabajo, ya que en él se presentan las distintas técnicas de exodoncia para realizar un buen trabajo, siempre y cuando se sigan los lineamientos de ellas.

Pues para poder tener éxito, se necesitará toda la información posible que sea conveniente tanto para el cirujano oral, como para el paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. - RIES CENTENO

CIRUGIA BUCAL

TOMO I

2. - ARCHI

CIRUGIA BUCAL

TOMO I

3. - THOMA

CIRUGIA BUCAL

TOMO I

4. - KRUGER

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

TOMO I.